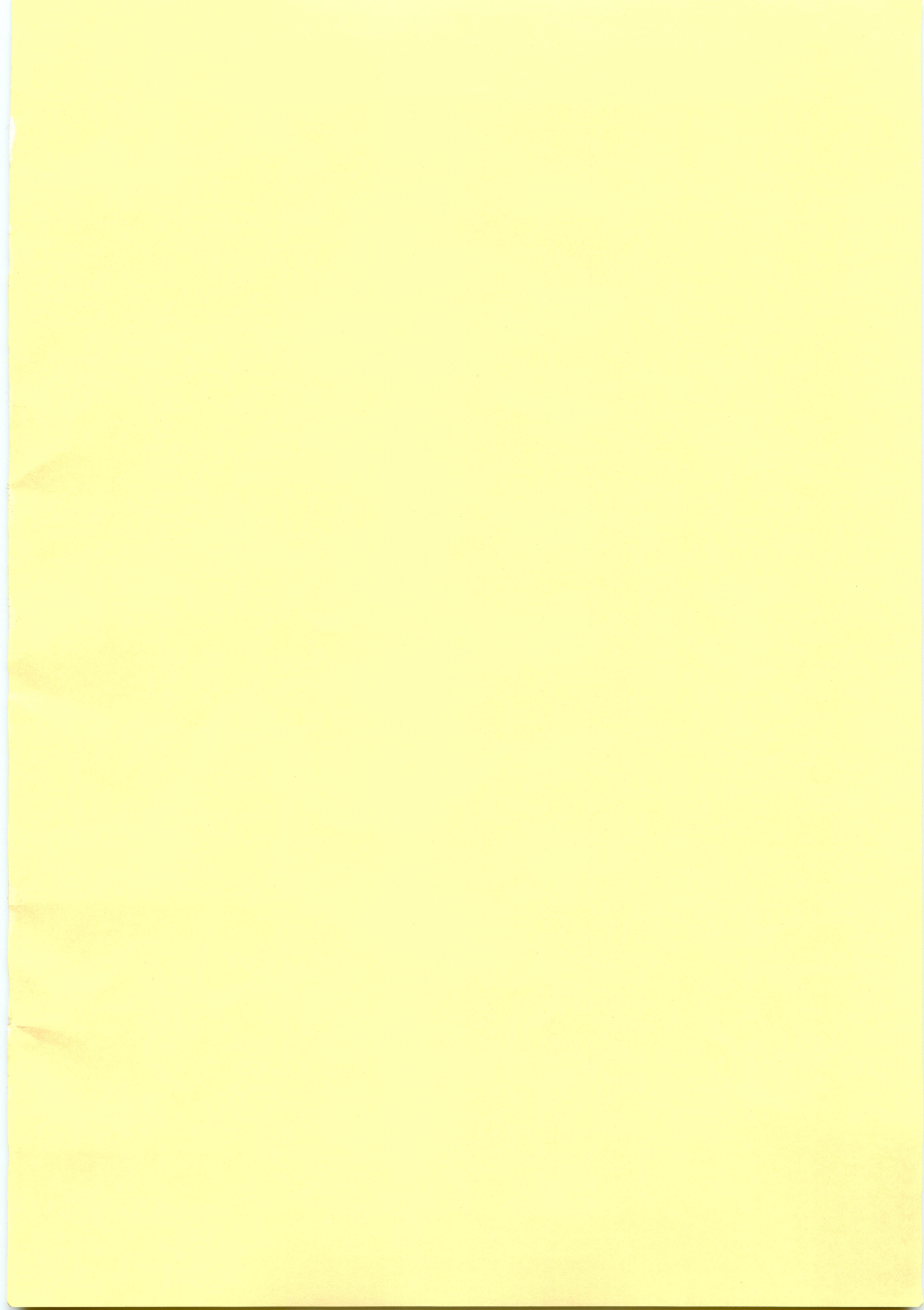




安全な社会づくりをめざして

～事故から8年目をむかえたエレベーター事故～

平成25(2013)年6月3日

エレベーター事故被害者遺族

目次

原発事故「私の最終報告書」 (文芸春秋 2012・9月号より転載)	柳田邦男・・・	1
シンドラータ製エレベーター事故から8年目をむかえて 市川正子(エレベーター事故被害者遺族)・・・		9
エレベーター事故の危険性と利用者の安全 現状と課題 前川雄司(弁護士)・・・		12
東京都港区・シティハイツ竹芝エレベーター事故 消費者安全調査委員会への事故原因調査等の申し出について		・・・21
内閣総理大臣・国土交通大臣あて要請書		・・・24
「昇降機の適切な維持管理に関する指針」(案)に対する意見 前川雄司(弁護士)・・・		27
「調査」と「捜査」は違う 本江 彰・・・		29
「なぜなぜ分析」の活動から 櫻井 宏・・・		32
金沢のシンドラータエレベーター事故の被害者遺族からのお手紙 前多智之・・・		37
事故から7年 今、思うこと ・事故から7年 ・事故から7年、今、スタートラインの時 ・ ・ ・公判を傍聴して	いっちゃんの会 有志一同 片岡紀子 鈴木得美 松林桃子 中村清美	・・・37 ・・・38 ・・・38 ・・・40 ・・・40
エレベーター事故の件数		・・・41
新聞記事から		・・・43
編集後記		・・・59

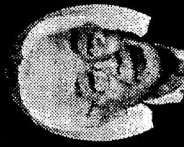
短期
集中連載

原発事故の最終報告書

政府事故調査最終報告書

最終報告 (概要)

穴だらけの事故対策、確率論の限界。
被害者の視点から
事故の深層を解き明かす



柳田邦男
(ノンフィクション作家)

巻第一 原発3号機

一時帰宅する被災者

東京の大ホテルの宴会場は、日によって華々しい芸能人の結婚披露宴や政治家の政治資金集めのパーティーから各種学会の年次大会や有名文学賞の贈呈式に至るまで、日替わりメニューのように装いも雰囲気もくるくると変わる。3・11東日本大震災から間もなく一年が経とうとしていた今年二月二十四日から、東京・西新宿の京王プラザホテルの宴会場エミネンスで開かれた国際会議は、そうした会合とは雰囲気を異にして、どこことなく厳肅さが漂っていた。大きくコの字型に配置された会議卓の向き合った両翼の片方に外国からの代表五人が座り、もう片方には日本側の委員たちが二列になって並んだ。部屋の後方には、大勢の報道陣が詰めかけ、テレビ・カメラの列ができていた。

「フクシマ事故の教訓としてまず指摘しなければならないのは、原子力の分野では、起こり得ないと見られていることであっても起こり得るということです。事故は常に起こり得るということも念頭に置いて備えなければならない」

ジャン・ギャバンの顔を四角くして眼光を鋭くしたようなラコステ氏は、同じ原子力安全庁の委員であるフィリップ・ジャメ氏がフランスの季刊専門誌で語ったインタビュー欄のコピーを掲げて、その見出しの言葉を紹介した。

《Nucléaire, l'improbable est possible》

「原子力、起こり得ないことでも起こり得る」

哲学者ルネ・デカルトや思想家ブレイズ・パスカルを生んだ国らしい哲学的命題のような表現だ。だが、これは名言だ。福島で起きた現実、福島の原発事故から学ぶべき教訓を、みごとに一言で表現したのだから。

確率論と決定論の限界

会議がコーヒブレイクに入った時、事故調査・検証委員会の委員である私は、ラコステ氏のところへ行き、「ジャメ氏のインタビュー記事を読みたいので、コピーを取らせてほしい」と頼むと、氏は快く先ほどの雑誌記事のコピーを貸してくれた。

フランスは原発推進国だ。しかし、原発の安全規制に責任を持つラコステ氏にしてもジャメ氏にしても、安全の基

本の東京電力福島原子力発電所の事故調査・検証委員会が、前年暮れにまとめた「中間報告」について外国の原子力安全の専門家の意見を聴き、調査の参考にしようというねらいで開かれた国際会議だった。アメリカ、フランス、スウェーデン、韓国、中国の五カ国の規制機関の代表を招いていた。災害の現場から帰ってこういう会場に入ると、居心地の悪い温度差を感じるが、国際会議ともなればホテルを使うのもやむを得ないことだろう。

各国の代表の発言は、それぞれの国の微妙に違う安全の考え方が反映されていて興味深かったが、とくに強烈な表現をしたのは、フランス原子力安全庁長官アンドレ・クロード・ラコステ氏だった。

本能的な考え方や従来の安全原則の誤りについては、筋の通った見解をきつぱりと述べる。日本の安全規制の責任者のように言葉を濁さない。ジャメ氏の発言を読むと、見出しの言葉に続いて、こう述べている。

「福島第一原発の事故が起こるまでは、われわれは『原子力産業は安全です』というフレーズを、繰り返して聞かされてきました。これまで長年にわたって原発事故が起きていなかったことから、どの国でも、いとも簡単に原発を建設することができました。いわゆる確率論による安全性の研究では、炉心溶融はほぼあり得ないとされていましたが、実際にそれが起きたのです」

そして、ジャメ氏は、これまで原発の安全性を保証する方法として使われてきた確率論と決定論の双方とも限界があることを福島の原発事故は露呈したのだと言い切っている。ジャメ氏の見解を少し言葉を補って紹介しよう。

①確率論による安全対策とは、例えば原子炉のどこかに破損が生じて炉心溶融に至ったという事態を想定する。そのプロセスは一通りではなからう。途中でどんなことが起こって次へ進むのか、いくつもの事象を考え、それらの事象一つ一つの発生確率を計算して、最も起こりそうなシナリオを導き出し、そうならないように対策を立てることだ。事故を防ごうというのだ。

②一方、決定論による安全対策とは、例えば、一次系冷却水の循環ポンプが破損したという事態を想定する。そう

うに思える。いや、それは無理な注文なのかもしれない。ちなみに十七世紀に、現代のようなメディアがあったとしても、デカルトが新作の著書『省察録』で、「われ思う、ゆえにわれあり」(cogito ergo sum)という、西洋思想史に決定的な転機をもたらした命題を提示したからといって、その言葉を時代を画するニュースとして受け止め、記事にするメディアはなかっただろう。

ともあれ、巨大事故・巨大災害時代におけるリスクのとりえ方は旧来のもものでは全く役に立たないことが、福島原発事故によって露呈されたわけだが、では新たなリスクのとりえ方とは具体的にどのようなものなのか、その中身については、後で述べることにする。ここでは、まず福島原発事故がどのようなプロセスで破局に至ったのか、福島第一原発における炉心溶融と水素爆発までの時間経過を頭に入れておく必要があるので、以下に整理しておく。

▽地震発生 3月11日14時46分

第一原発への震動到達 約50秒後

▽東北電力からの電力供給(外部電源≡主電源)は、地震発生と同時に停止。

←
▽14時46分〜47分、1〜3号機原子炉自動スクラム(緊急停止)。4号機は定期検査のため炉心(圧力容器内)の燃料棒はすべて、建屋上層階の使用済み燃料プールに移してあった。

すると、一次系冷却水が失われて、原子炉圧力容器内の水位が下がり、燃料棒が露出して、核反応熱が吸収されなくなるから、燃料棒が損傷し、放置すれば炉心溶融に進展してしまう。一連の発生確率の計算はしないで、とにかくそうした事態が起こるということを前提にして、一次系冷却水の循環ポンプが破損した場合に、どうすれば圧力容器内の冷却水を補充できるか、その対策を施すというやり方で、安全性を確保しようというのだ。

確率論による安全対策は、理論的にはベストであるように見えるけれど、発生確率の高い事象の連鎖以外の事態の発生(例えば今回のような大津波!)については考慮に入っていないという致命的な弱点がある。また、決定論による安全対策で想定する事態には、設計者・技術者が「そんなことは起こらないだろう」「そんな稀なことまで考える必要はなからう」と考えるものは排除されるために、どんなでもない不備や陥し穴が残されるという弱点がある。そして、福島の事故では、そうした確率論と決定論の限界が露呈されたのだ。

これが、ジャメ氏の見解であり、フランス原子力安全庁のラコステ長官も同意している見解なのだ。そのことは、日本の電力会社や行政が「原発は安全です」と、昔の壊れた蓄音機が歌謡曲の同じ小節をエンドレスに繰り返すように反復してきた原発の安全性は、虚構だったことを意味する。虚構という表現が言い過ぎだと言うなら、「安全設計

の条件内で起きる事象に対しては安全だが、条件外の事象が起きた場合には、安全性を保証できないし、責任は持てない」という表現であればよいだろうか。それならそれで、日頃からそうアナウンスすべきではなかったか。

もう一つの重大な「想定外」

この原発事故から何を学ぶべきかという問題に迫るには、原発の諸設備の破損のプロセスを解明することが技術的な対応として重要であるにしても、究極においては、現代の高度技術社会、経済優先社会における「人間の命と尊厳」を守るための真の安全設計を根底で支える思想の枠組み(パラダイム)を明確にする必要がある。そうした観点から俯瞰すると、「原子力の分野では、起こり得ないと見られることであつても起こり得る」というとらえ方が、国民の安全と尊厳を守るための、パラダイムの転換を求めるメッセージであることがわかってくる。

私がメディアの記者だったら、これこそこれからの原発の安全、社会の安全を支える新たな思想の提示として、記事の見出しにしたらろう。フランスはフクシマから思想レベルの深い教訓を汲み取っている、日本はどうなのかと。しかし、この言葉を記事にしたメディアは一社もなかった。どうもこの国のメディアは、災厄の本質的な問題より、誰かの過失をあげつらうことに使命感を抱いているよ

▽14時48分頃、各機の非常用ディーゼル発電機が起動(非常用の代替交流電源)。

▽これにより、1〜3号機の運転継続。

←
▽15時27分頃(地震発生から約41分後)、津波第一波襲来(第一原発沖約一・五キロに設けられた波高計の記録)。

15時35分頃(第一波の約8分後)、より高い津波第二波襲来。

・1〜4号機の主要建屋設置エリアの津波による浸水高は、建屋の冠水痕跡から11・5メートルから最大で15・5メートルに達した。(敷地が海面から10メートルの高さにあるので、建屋の実際の浸水高は1・5メートルから5・5メートルだったが、それでも敷地全域が水没する大変な事態になった)

・巨大津波のエネルギーは極めて大きく、原発敷地を単に一面水没させただけではない。原子炉建屋やタービン建屋などの主要建屋の外にある様々な施設、設備、パイプ、タンクなどを破壊し、さらにそれらの残骸や重機、自動車などを波に巻きこんで、屋外の施設、設備類の破壊を拡大させた。構内の津波の逆巻く状況は写真に記録されている。そして、海水は原子炉建屋やタービン建屋の様々な開口部から(一部は扉を破壊して)内部になだれこみ、大半は地下一階(一部は一階)に設置してあった非常用ディ

ーゼル発電機、非常用125V蓄電池（バッテリー）、常用高圧配電盤、非常用高圧配電盤の大部分を水没させて機能を失わせた。配電盤が被水すること、ディーゼル発電機やバッテリーが被水するよりも致命的だった。外部から電源車を調達しても、配電盤が使えないと、特定の回路にしかケーブルを繋げないからだ。

←

▽津波第二波到達後（15時37分頃）、1～4号機のすべてが、全電源喪失の事態に陥る。（非常用ディーゼル発電機は、各号機とも一台が故障した場合に備えて二台ずつ設置してある）

全電源喪失は、東京電力も原子力安全・保安院も、さらに原子力安全委員会も、「想定外」の事態だった。しかも、問題になった大津波を「想定外」としていたことには、それなりの理屈づけがあったのに比べると、全電源喪失という事態は、全くの技術過信によって、そんなことはあり得ないし、考える必要もないという、驚くべき積極的な意図による「想定外」だった。

しかも関係機関が、全電源喪失はあり得るかどうか、万一全電源喪失の事態になった時の回復時間はどれくらいかといった検討をまがりなりにもしたのは、単一の原発についてであって、四基もの原発が一斉に全電源を失うという事態は想像すらしていなかったのだ。ちなみに、もしどこ

か、一方、保安院の解析では、約2時間後に炉心溶融が始まり、約4時間後に圧力容器が破損と推定。これらの違いについては、ここでは措くことにする）

←

▽すでに前夜から圧力容器を収めている原子炉格納容器の圧力も設計強度を超えて危険になっていたことから、12日朝から放射能を多量に含んでいる蒸気を建屋外に放出するベント操作に取り組んでいたが、放射線量が高いため弁を開けられず、12日14時30分頃、業者から取り寄せた大型コンプレッサの空気圧で強引に弁を開け、ベントを可能にした。（その前に吉田昌郎所長は近隣・大熊町の住民の避難が済んでいることを確認。ただ、同町内の入院患者が多数残っていることは自治体も確認していなかった）

←

▽12日15時36分、1号機で水素爆発。原子炉建屋の上層階の壁が吹き飛び、格子状の鋼鉄製棒だけが残る。

【2号機】

▽全電源喪失直後の11日15時39分頃、当直が手動でRCICを起動させた。電源喪失後は制御できなくなったものの、2日間を超えて動き続けた。東電対策本部も現場もその継続を楽観視して、温度や圧力の変化を監視せず、必要な代替注水の準備を怠がなかった。

←

かの原発一基が全電源を失った場合に、どこから電力を補給するかというと、隣りの原発から引けばよいというものだった。愕然とする楽観主義であり、危機感の稀薄さだ。

破局への突入

ここから先は、各号機別に経過を記す。

【1号機】

▽11日15時37分頃、1号機独特の炉心冷却装置であるIC「非常用復水器」が全電源喪失により自動的に「閉」となって、冷却機能を果たさなくなっていることを、当直が正しく把握せず、代替注水が大幅に遅れる。（一時的な緊急冷却システムのRCIC「原子炉隔離時冷却系」は、2～4号機に設置されている）

(168)

←

▽冷却水の補給がなければ、圧力容器内の水は核反応熱でどんどん蒸気になり、燃料棒が露出して炉心溶融が始まる。政府事故調査報告書では、全電源喪失から約6時間半後の22時頃までには、炉心溶融が進んで、圧力容器が損傷、放射性物質が外部に漏れ出していた（原子炉建屋内で300ミリシーベルトを計測）と分析。

（東電の報告書では、全電源喪失から約3時間後には炉心溶融が始まり、夜半過ぎには圧力容器が破損と推

▽14日12時30分頃、RCIC停止。それから消防車による注水に取りかかったが、注水を可能にするための圧力容器の減圧に手間取り、注水を開始できた19時57分頃まで、6時間半近くも冷却水の補給が途絶えた。

←

▽その間に、18時22分頃までには燃料棒が露出、21時18分頃までには、炉心溶融と格納容器の損壊が生じていた。

【3号機】

▽1～4号機の中で、唯一3号機だけは、125V直流電源（バッテリー）がタービン建屋の地下一階の中層に設置されていて、地下一階の床置き非常用ディーゼル発電機が海水をかぶって機能停止したのに対し、冠水を免れた。この直流電源によって、RCICによる冷却水供給を行うことができたのだ。11日の全電源喪失から26分後の16時3分頃、当直が手動でRCICを起動させた。

(169)

←

▽翌12日11時36分頃、RCICが故障で停止。原子炉の水位が下がると、別のHPCI「高圧注水系」が自動起動した。

▽13日2時46分頃、バッテリーの電源が使い尽くされて、HPCIを手動で止めざるを得なくなった。代替の消防車による注水を早くから準備していなかったた

め、6時間以上も注水が中断。その後、原子炉の水位が低くなって、燃料棒が露出し始める。

▽13日9時10分頃、消防車による注水が開始されたが、それまでに炉心溶融が進み、圧力容器も破損。

▽14日11時1分頃、水素爆発。原子炉建屋の上層部分が爆撃を受けたように破壊される。

【4号機】

▽13日9時20分頃以降、3号機でベントが数回にわたって実施された際に、3号機の排気ダクトが途中で4号機からの排気ダクトと合流する構造になっていたことから、大量の水素を含む放出ガスのかかなりの量が、勢いに乗って、運転停止中の4号機の排気筒に逆流して入りこみ、4号機原子炉建屋の上層階に入りこんでいて、溜まっていたと見られる。

▽15日6時14分頃、水素爆発。

▽4号機原子炉建屋最上階の使用済み核燃料プールには、使用中の核燃料も定期検査のために原子炉から移して入れられていたため、1〜4号機の中で最も大量の核燃料が貯蔵されていた。しかも、原子炉内にある時には、圧力容器、格納容器に厳重に遮蔽されている

い。防護壁をしっかりと作れば、どこかに「穴」があいても（＝失敗があっても）、次の防護壁によって、事故に進展するのを防ぐことができる。

しかし、現実には、そううまくいかず、階層ごとの防護壁にスイスチーズのようにいくつもの「穴」があいているのが通例だ。将棋倒し遊びのために将棋の駒を立てて並べるように、各階層の防護壁を並べると、まさにスライスした穴の多いスイスチーズの列になる。そこに危険な事象が生じると、各階層の防護壁の「穴」を次々に通過して、破局に到達してしまう。

事故とは、失敗を誘発する設計要因や、ヒューマンエラーが生じた時、次の悪い事態に進むのを防ぐ手だてが欠けていると、そうした諸要因の連鎖によって、破局に至ったものである。そういうとらえ方は、アメリカの事故調査では、すでに一九六〇年代に確立されていた。これに対し、リーズンの「スイスチーズ」モデルは、そうした事故をもたらし様々な潜在リスクを、防護壁（チーズ）の「穴」としてとらえ、組織の階層ごとに対処すべき課題を明示したものである。リーズンは、これらの各階層の「穴」を塞ぎ取り組みを「深層防護」と呼んでいる。

それにしても、保安院や東京電力は福島第一原発事故の破局に至る経過において見られた数々の「穴」（詳細は後述）を、なぜ事前に気づき、「深層防護」を完全なものにすることができなかったのか。その背景にある大きな枠組

のに対し、燃料プールは水で核燃料を覆っているだけで、天井が破壊された4号機の建屋では、野ざらしに等しい状態になった。今後、地震、暴風雨、竜巻などで、大きく揺さぶられたり破壊が進んだ場合、大量の核燃料がむき出しになって、溶融し、放射性物質を大量に放出する危険性がある。

原発の安全とは何か

以上のように、福島第一原発の破局に至る経過を簡潔に概観しただけでも、核災害防止への備えが穴だらけであったことが、浮き彫りになってくる。

「穴だらけ」の「穴」とは、単なる修辭的な表現ではない。近年における様々な装置産業や公共機関における事故防止対策の基本的あり方に関する国際的に受け容れられている理論を構築したイギリスのシェームズ・リーズン教授（マンチエスター大学）が「事故防護のスイスチーズモデル」で示したキーワードだ。

安全なシステムを作るには、政府、規制機関、企業（メーカー、運用会社）の経営責任者、設計者、組織管理層、現場のリーダー、現場の運転員・作業員、整備点検技術者などの階層別に、欠陥・故障・ヒューマンエラーが生じないような対策・対応（＝防護壁の構築）をしなければならない。理想は、各階層とも「穴」のない（あるいは少な

みとしては、日本経済の成長を支えるエネルギー政策として、「原発推進」が位置づけられ、行政も企業もその推進を阻害するものは、理屈を超えて排除していくというブルドーザー主義を貫いていたことが作用していたであろう。

ここで断わっておかねばならないのは、私は政府の福島原発事故調査・検証委員会の委員だったが、本稿は、主要なデータは事故調報告書のものをベースにしつつも、見解や意見はあくまでも私個人のものであって、同委員会の報告書にまとめられた公の見解ではないということである。ちなみに、エネルギー政策を福島原発事故の背景要因としてとらえるような歴史的視点に立った調査・検証は、同委員会としてははじめから課題にしていなかった。しかし、私個人としては、これは重要なテーマだと思って追いかけているので、追って書くことになるだろう。

なぜ、保安院や東京電力が防護壁の数々の「穴」を見落としていたのか、その問題を解く重要な方法として、私は「被害者の視点からの欠陥分析」という分析法をかねてから考えてきた。この分析法については、政府事故調でも議論してもらい、報告書の総括と提言の章で採り上げてもらうことができた。

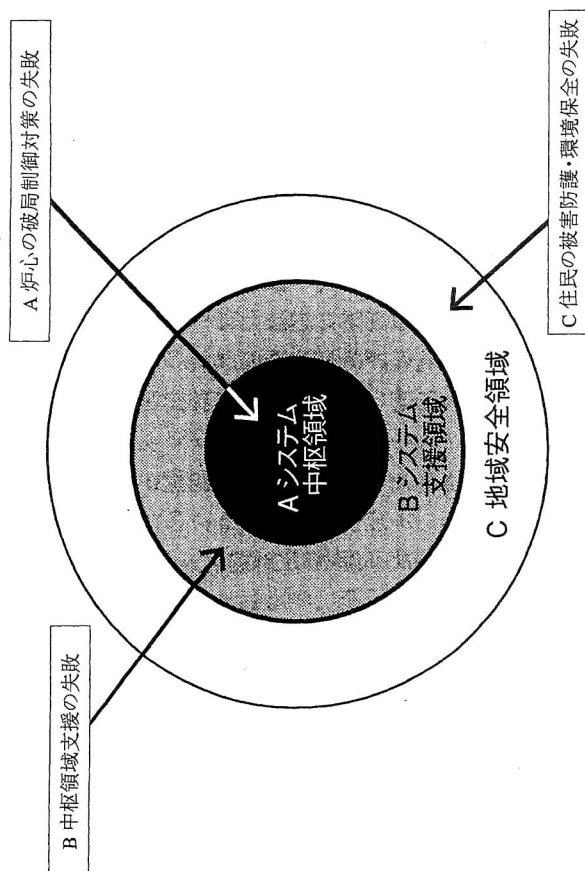
「被害者の視点からの欠陥分析」とは何か、その真髄をわかりやすくするために二つの図を示そう。

図①は、原発の安全とは何かという最も基本的な問題を、しっかりととらえてもらおうとともに、それがどのよう

(170)

(171)

図① 福島第1原発事故における安全システム破綻の分析図



A 炉心の破局制御対策の失敗	B 中枢領域支援の失敗	C 住民の被害防護・環境保全の失敗
● 外部電源→隣接プラントから融通計画 →全プラントダウンは「想定外」 ● 非常用発電機(ディーゼル) →2台あれば万全と計画 →2台とも地下や1階に配置 ・水密性対策なし ・配置の多様性なし ● 配電盤→地下1階に配置 ・高い位置の配電なし ・水密性対策なし ● ベント操作→全電源喪失は「想定外」 ・全電源喪失によりリモコン不可 ・操作に必要なバッテリー、エアコンプレッサー、手順書等未整備 ・放射線量が高く近づけず ● 外部からの注水→消防車あるも炉への注水ライン未整備 ・所員は操作できず ・協力業者の立ち上がりが遅れる ● その他	● 重機→施設アクセスのため残骸整理、所員は操作できず ・協力業者が来るまで動かさず ● 人的リソース →正常を前提にしていた ・人が集まらない ・地震被害で支障 ● 通信インフラ ● 交通インフラ ● 支援機材	● モニタリングがボースト→津波で4ヶ所流出、他は停電で送信停止 ● モニタリングカー→地震による道路損壊と停電で思うように動けず(その事態予測せず) ● SPEEDI→地震による停電で通信機能不全 ・放射性物質放出量不明 ・政府が発表を抑える ● 避難対策 ・情報システム ・汚染対策等 →未整備、大混乱

(173)

に破綻したかを構造的に理解できるようにした図だ。原発の安全というと、規制機関(保安院)も事業者(東京電力)も、原子炉を中心とする原発プラントの安全性のことを頭に描くだろう。それは、「システム中枢領域」と言うべき原子炉や冷却水の配管などの重要設備・機器類などの安全性に、関心を集中させていることを意味する。

しかし、原発の安全を護り復旧をはかるには、事故が生じた時に、瓦礫の撤去のための重機の調達、消防隊の協力、必要な要員の集合、通信手段の確立、交通インフラの整備などが、不可欠になってくる。これらの態勢を整える分野を、「システム支援領域」と呼ぶことにする。

そして、重要でありながら軽視されがちなのが、地域の住民の命と生活を守るための対策である。もし人間のいない宇宙の彼方で原発の運転をするなら、事故が生じても、誰も不安を感じたり避難をしたりすることは考えないだろう。原発が安全でなければならないのは、そこに人間が住んでいるからだ。原発の周辺に広がる「地域安全領域」の対策を疎かにしてはならないのだ。

つまり、原発が安全であるためには、「システム中枢領域」「システム支援領域」「地域安全領域」の三つの領域が、それぞれに独立して、万一原子炉に重大な異変が生じても、深刻な事態に進展するのを防ぐように備えができていなければならないのだ。住民の避難にしても、十分な理解と納得のもとに整然と実施され、不要な被害の拡大が

生じないような態勢が、タテマエでなく、地域に根を下ろした形で整えられていなければならないのだ。

ところが、福島原発と周辺地域で現実起きたことは、惨憺たるものだった。各領域の防護壁がどのように「穴」だらけだったか、そのことをやや詳しく列挙してみる。

愕然たる不備の現実

A 「システム中枢領域」における炉心の破局制御対策の失敗

①全電源の喪失については、原発一基だけの発生しか「想定」しておらず、根拠もなく、同じ敷地内の隣接基は生きているという前提で、隣接基から電力を融通してもらえばいいという安易な設計になっていた。四基全部が全電源喪失という事態は、想像もしていなかった。その背景には、福島には大津波は来襲しないという思いこみから、最悪の事態への備えを何度も先送りしてきた歴史があった。

(172)

②外部電源喪失の場合の非常用ディーゼル発電機や125V直流電源(バッテリー)については、一台が使えなくても、もう一台バックアップ用としてあればよいという、形式的には二重の態勢を整えていた。しかし、万一の浸水や火災などに備えて、二台を別々の部屋に設置するとか、設置した部屋を水密性にするとか、高台に設置するといった多重性と多様性のある設計にはなっていなかった。浸水

きていないため、現地と本社の連絡が思うようにできないことだった。必要な人員や機材を東京から送り出しても、交通渋滞がひどく、なかなか現地に着かない。

気がつけば、こうした支援計画は、通信インフラも交通インフラも、うまく流れる平常時の状態を前提にして立てられていたのだ。地震・津波災害と原発事故が同時に起こる複合災害を全く考慮していない、あまりに楽観的な発想によるものだった。自分のところは事故で大変な状況になっているが、周りは平常通りに動いているという、奇妙な前提になっていることを、本当に事故が起こるまでは、誰ひとりとして変だと思わなかった。

「人間の尊厳」はいつに

C 「地域安全領域」における住民の被害や環境被害を最小限に食い止める対策の失敗

①住民の健康被害を防ぎ、避難すべき地域と避難先を決めるうえで重要なのは、放出された放射性物質がどのように広がり、各地で放射線量はどれくらいの値になっているか、住民はどの程度の被曝をするおそれがあるかを、データで把握することだ。その方法としては、各地域の放射線量を固定地点で測定するモニタリングポストと自由に移動できるモニタリングカーがある。

このうち、定点のモニタリングポストは、福島県が国

功したが、大変な時間を要したため、圧力容器の破損は防げなかった。

⑤消防車からの給水も、ホースの先端を注水口に繋げるようにするのに時間がかかったり、海水の取水地点から注水口までの距離が長く、それだけのホースを繋ぐまでに時間がかかって、原子炉の悪化を早く食い止めることに十分貢献できなかった。

他にも、不備な点が多かったが、次へ進むことにする。

B 「システム支援領域」における失敗

三基の原子炉を冷やし続けるには、とにかくにも冷却用の水を外部から給水車や消防車で可能な限り持って来なければならない。そのための装置を動かす電源車の応援も必要だ。しかし地震による道路の被害と渋滞で、なかなか集まらない。そうした車の移動のために、津波と水素爆発によって発電所内を惨憺たる光景にした瓦礫の山を片づける重機を操作しなければならないのだが、所員の中には運転できる者がいないため、業者に頼まざるを得なかったが、運転士の出勤まで時間がかかった。

配電盤が冠水で使用できなくなったため、電源車からの電力は、二三百メートルも離れた必要な個所に直接繋がなければならない。その太いケーブルは重く、男たちが数十人がかりで引っ張っていった。

免震重要棟に集結した吉田所長をはじめとする主要スタッフが困ったのは、東京の本社との電話回線が一本しかま

(保安院)からの要請で、二十四カ所に設置していた。モニタリングポストは、鉄筋コンクリート製の小建屋内に、放射線測定機、データを現地対策本部にテレメーターで送る装置、非常用の小型発電機を備えている。

ところが、3・11東日本大震災で、二十四カ所のうち、海岸に近いところにあった、原発北側の浪江町請戸と棚塩、原発南側の大熊町熊川と富岡町仏浜の四カ所は、津波によって流されてしまった。他のポストは、東北電力からの外部電源の停電や津波による浸水のため、テレメーターでの送信が不能になってしまった。この根本的な問題は、モニタリングデータが切迫感をもって必要になるのは、こういう災害時なのかについて、多様な想定をしないで設計したところにあった。

②モニタリングカーは三台あったが、地震による道路の地割れにはまって動けなくなったり、渋滞に巻きこまれたり、停電による暗闇で測定が困難だったり、住民避難に役立つような活動はできなかった。

③放射線の拡散をリアルタイムで予測するSPREDIは、データ通信回線が地震直後の停電で電送がストップしたり、現場の担当者が重要性の認識不足からデータを手許に放置したりといった混乱があったばかりか、文科省も原子力安全委員会も公表を抑え、首相などへの報告もしなかった。公表を抑えた理由は、放射性物質の放出量(放出源データ)がわからないことや、風向きがくるくる変わって

いることなどから、避けるべき避難方向や避難先を示せるほどの信頼性がないというものだった。しかし、政府事故調の調査・分析では、放出源データは推定値を使っても、住民が放射線被曝をできるだけ避けるような避難方法の選択に役立てることはできたという結論を出している。根本的な問題は、百二十四億円もの国費を投じて開発したシステムを、まさにその意義が問われる事態が生じた時に、住民を健康被害から少しでも守ろうとする考えで、政府の関係組織が対処したのかどうかということにあったと言わなければならない。

④住民の避難計画が全く実効性のない形で作られていたこと。保安院はかねて住民の避難態勢は万全の備えができていると強調していたが、福島原発周辺市町村の原子力防災計画の実態を調べてみると、原発立地のせいぜい三キロ以内の範囲で、ウィークデーに参加できる二三百人程度の人々に集まってもらった形ばかりの避難訓練をしていただけだった。本格的な原発事故が起きて、大量の放射性物質が広大な地域にはばまかれた時、放射線量の高くなった地域の五万人、十万人、さらにはそれ以上の人々をどのような交通手段とルートで、どこへ避難させるのか、どれくらいの避難期間を考えて準備すべきなのかといったことを、現実性のある形で、地域の原子力防災計画に盛りこむという取り組みを、国は一度も示したことがなかった。このため、福島では、避難先の放射線量が高いため、四回も

れたまちやむらから引きはがされ、農業、畜産業、果樹園業ができなくなったり、商店などの家業が再開できなくなったり、勤務先の会社がなくなったりして、将来の人生設計がいまだに出来ない人々が、十六万人に上る避難者の中にいかに多いことか。人間は一人ひとり生き方も人生観も家族関係も、みな違う。避難者は十六万人という乾いた表現より、十六万件の悲劇が、今、同時進行していると言え、少しはリアリティがあるだろう。その「人間の被害」の全容を明らかにする調査は、この国のこれからの課題とすべきだ。

政府事故調の報告書が、「総括と提言」の章の最後に記している提言文を引用しておきたい。

〈未曾有の原子力災害を経験した我が国としてなすべきことは、「人間の被害」の全容について、専門分野別の学術調査と膨大な数の関係者・被害者の証言記録の収集による総合的な調査を行ってこれらを記録にまとめ、被害者の救済・支援復興事業が十分かどうかを検証するとともに、原発事故がもたらす被害がいかに深く広いものであるか、その詳細な事実を未来への教訓として後世に伝えることであろう〉

被害者の視点からの欠陥分析

いったい、なぜ住民の「人間の尊厳」を引き裂くような

避難先を変えなければならなかった人々がかなりあったり、放射能が大量に流れていった北西方向ルートで避難した人々が多かったという事態が生じた。

なかでも重大なのは、避難地域にある病院や福祉施設の重症の患者の避難対策が全くできていなかったことだ。象徴的だったのは、大熊町の双葉病院の悲劇だ。県、警察、自衛隊の救出態勢の混乱と遅れから、放置されていた高齢の重症患者四人が院内で死亡、重症患者には無理な通常のバスに乗せての、たらいまわしに等しい長距離・長時間の搬送中に十五人が死亡、さらに搬送先での病状悪化で三十一人が死亡という事態になったのだ。

放射能の降る中で、二日間も病院に放置された末に、九時間半もかかった自衛隊車両やバスを使つての避難行の中で息絶えていった重症の認知症や末期がん患者の姿を想像すると、「人間の尊厳」を限りなく軽くしてしまう原発事故の特異性に呆然となって立ちすくんでしまう。

一つの不条理の死は、一つの悲劇だ。この世に生まれ、七十年なり八十年なりの人生の物語の終幕が、そんな死で閉じられるのは、悲劇以外の何物でもなからう。

原発事故によって避難を余儀なくされた人々が、避難生活の疲労、ストレス、将来への絶望などによって、持病の悪化や突然の脳卒中、心臓麻痺で亡くなるという災害関連死が、一年余りの間に続発している。そういう悲劇が何百と生まれている。しかも、死だけが悲劇ではない。住み慣

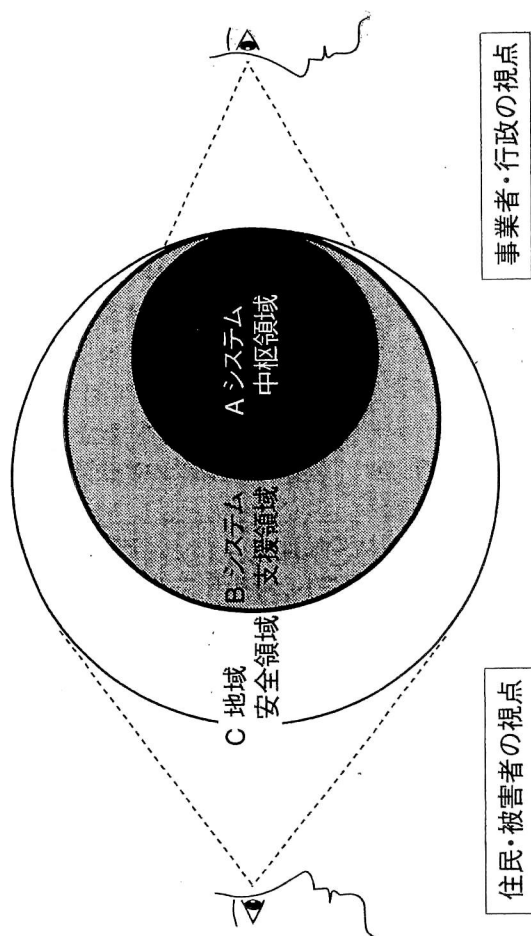
事態になるのを未然に防ぐ安全対策・防災計画は立てられていなかったのか。

貧しかろうが豊かだろうが、過疎化が進もうが、一つの地域に住む人々には、それなりの生業の営みがあり、生活・人生の文脈（歴史）がある。原発は、そういう地域に住民の暮らしの自然な文脈を切断して進駐してきた占領軍だ。普段は、ひと通りの住民保護政策に取り組んでいる姿勢を見せても、万一に備えて、住民の暮らしや命や大地を守る万全の方策をあらかじめ立てておくということまではしない。図①が明らかにしてくれたのは、一つの地域に立つ原発というものを一人の人格と見なす時、その人格が住民を見る眼というのは、まさに占領軍のそれに近いということであろう。

その構造をもっと納得感をもって分析し本質的問題点を提示できる方法はないものか。半世紀にわたって様々な災害、事故、公害の構造を取材し分析してきた経験を通して、私が編み出したのは、「被害者の視点からの欠陥分析」だ。図②を見ていただきたい。

原発という巨大システムに潜在していた「穴」＝リスク要因の数々は、図①に示したように、「システム中枢領域」「システム支援領域」「地域安全領域」の三つの領域すべてにわたって、致命的なまでに多いことが、今回の福島原発事故によってさらけ出された。これだけの「穴」があることに、行政（保安院）も事業者（東電）もなぜ、事前

図② 事故・災害の全体像を見る視点の違い



に気づかなかったのか。

図②は、行政、事業者、設計者が、なぜ多くの「穴」を見落としてしまうのか、その原因はシステムを見る視点をどこに置くか、その位置にあることを示している。

行政、事業者、設計者は、彼らなりに、原発を安全なものにしなければならないと考えて、設計し、審査し、製造し、運転する。何といつても重要なのは、原子炉や冷却系をはじめとするシステム中枢部だ。安全設計の理論に基づいて、二重、三重のバックアップシステムやダメージトランスシステムなどに力を入れる。その結果、本気で「原発は安全」と考え、そう外部にアナウンスする。

しかし、そこには二つの「陥し穴」が残されている。一つは、システムなり設備を危うくするリスク要因を、限定的な枠（条件）の中だけで考えるということだ。福島原発におけるその限定的な枠とは、①波高が五メートルを大きく超えるような大津波の襲来は考えなくてよい（五メートル級の津波対策は立てていた）し、他の火山、風水害、竜巻、テロなどの外的要因を前提にすることもない、②原発事故と地震・津波・風水害などが同時に起こる複合災害も前提にしなくてよい。このような一定の枠（条件）の中だけでリスク要因を考えていると、いくら安全対策を完璧に立てていても、いったん枠外の事態が生じると、様々な防護壁が将棋倒しのように倒れて、原発は深刻な破局に陥る。そして、地域安全領域のモニタリングポストやS P E

E D Iは破綻し、住民の避難は大混乱に陥る。

問題は、どういう条件の枠を設定して、「想定内」と「想定外」を分ける線引きをするかだが、しばしば見られるのは、投入可能なコストの制約によって、枠を狭く設定する傾向だ。

二つ目の「陥し穴」は、行政、事業者、設計者のシステムを見る眼（視点）が、「システム中枢領域」にばかり向けられるため、原子炉などの安全性に対しては、真剣な眼差しが向けられるのだが、その背後にある「システム支援領域」や「地域安全領域」については、中枢領域の向こう側にあつて見えにくいこともあつて、きめ細かく注視することをしない。「システム中枢領域」の安全性を確立すれば、事故は起きないから、他の領域の対策はほとんどでよいといった安易な考えに支配されてしまう。現実起きたことは、まさにそのとおりだった。行政、事業者、設計者が傲慢になると、ますますその傾向が強くなる。

(178)

起こり得ないことでも起こり得る

これに対し、システムを住民の側から見たらどう見えるか。住民は被害者だ。自分たちの健康、命、生活、生業、人生、まちやむら、環境が壊され奪われたのだ。なぜ、なぜ、と問い返す。「地域安全領域」が「穴」だらけであるのが見えてくる。「システム支援領域」も「穴」だらけで

はないか。「システム中枢領域」にしても、自分たちの命の安全を考えたら、「災害大国」の日本において、万全の津波対策を考慮していなかったのは信じ難い。自分の命がかかっているから、おぎなりの安全対策では納得しない。行政、事業者、設計者のわけ知り顔の目線ゆえに、前提条件の枠にとらわれた中枢領域の対策で事足りれりとする視野狭窄症によって見落とされていた（あるいはあえて見ないようにしていた）数々の致命的な「穴」が、住民・被害者の逆方向からの目線で照明をあてると、くっきりと浮かび上がってくる。

これは、事故が起きてからの調査・検証の方法であるだけでなく、事故が起きる前に、システムの安全性を点検する時にこそ求められる視点であり方法である。行政、事業者、設計者、あるいは専門家が、自分や家族がそこで生活する住民だったらという意識で、安全性のチェックをするのだ。

(179)

この方法は、「被害者の視点からの欠陥分析」と称する。政府事故調の報告書も、この視点を重要なものとして導入している。この視点に立つて社会システムとしての原発の安全性を評価した時、はじめて「起こり得ないと見られることであっても起こり得る」問題を具体的にとらえることができる。その意味で、「被害者の視点からの欠陥分析」は、新しい安全思想でもあるのだ。

(以下次号)

シンドラ社製エレベーター事故から8年目をむかえて

2013年6月3日

エレベーター事故被害者遺族

市川 正子

突然の事故—その原因は

事故は、平成18年6月3日に起きました。

エレベーターの扉が開いたまま突然上昇、エレベーターから降りようとしていた16歳の息子の命を理不尽に奪いました。

なぜ事故は起きたのか、安全対策はどうなっていたのか、なぜ防ぐことができなかったのか。エレベーターは安全な乗り物だと信じていたのに、事故の本当の原因はなにか、厳しい保守点検をしていなかったのか、徹底的に事故調査をしていただきたいと国交省や、警視庁・警察庁、東京地方検察庁に訴えました。また、エレベーター業界関係者にも事故調査への協力を訴えました。

しかし、被害者遺族の心からの叫びに、国交省は事故原因を究明するところではないと答え、また、エレベーター業界関係者も、警察の捜査に協力しているから言えないとか、業界のしがらみがあるから言えないなどと答えました。

私たち被害者遺族は、きちんとした事故調査に基づいた事故原因についての説明すらされない疎外された状況に長い間置かれました。

長い時間がかかった刑事裁判の開始

東京地方検察庁がシンドラ社の関係者とSEC社の関係者を起訴するまで、事故から3年1カ月かかりましたが、やっと、スタートするとの安堵の思いでした。しかし、それから初公判までに更に3年9カ月かかり、公判は2013年の3月11日にはじまりました。しかし、それはシンドラ社関係の被告人のみのスタートでした。SEC社関係の被告人の初公判は未定のままです。

長い時間がかかる中での初公判のスタートですが、私たち被害者遺族、支援者の方々の思い願いは、事故当初から全く変わることなく安全対策への責任は重いのだと刑事裁判で明らかにしていただきたいのです。明らかにしていただくことがエレベーター利用者の安全が第一の業界に繋がると信じています。

事故から7年、未だにこの事故は全面解明には至っていないのです。

なぜ、このように時間がかかるのか、なぜ被害者遺族は苦しまなくてはならないのか、誰が事故の背景要因まで徹底的に調査解明してくれるのかという憤りです。

このような状況の中でも私たち遺族が訴え続けられるのは、支援者の皆様のご理解とご協力の支えがあるからこそその一步一步なのだと感謝の思いです。

徹底的な事故原因調査を

私たち被害者遺族は、この7年一度も立ち止まらず、徹底的な事故原因調査を、支援者の皆さんと政治に、行政に訴え続けてきました。

なぜ事故原因究明に時間がかかるのか、なぜ全面解明に至らないのか。たった一人の事故として、いつまでも被害者遺族の願い、訴えと向き合おうとしないのだと感じます。

この事故の背景には複雑な要因があります。事故機のマニュアルを持たず、不具合情報も共有していなかった。それはたった一人の事故問題ではなく、エレベーター全体の利用者の安全の問題でもあります。

この事故の背景にある人的要因・組織的要因・技術的要因まで徹底的に調査していただきたいと訴え続けてきました。

事故調査機関がない

エレベーター、エスカレーター、生活空間の中で起きる事故には、そもそも事故の背景要因まで調査する組織された機関がありませんでした。航空、鉄道、船舶には事故が起きたら、事故の原因究明を行う運輸安全委員会という調査機関がありました。

私たちは、支援者と共に、エレベーター、エスカレーターなどにも、事故原因究明調査ができる、独立した中立公正な第三者の事故調査機関を設置して調査をしていただきたいと46万人の署名を国土交通省・警察庁・東京地方検察庁に提出し、訴え続けてきました。

しかし今までなかった事故調査機関を設置していただきたいとの訴えには、国交省は、予算がない、人がいない、自分たちの仕事ではないと言いました。

調査する機関がないので、このように言われる気持ちはわかりますが、事故があつたらすぐに事故の原因が究明され、再発防止に努めて対策がとられると思っていた私たち遺族にとっては、絶望的な言葉でした。

運輸安全委員会のような事故調査機関を、エレベーター、エスカレーター、ジェットコースター、そのほかの事故のために同じ様に設置してほしい、二度と同じ様な事故を起こさないためにも事故の背景要因まで調査し、事故の教訓を安全に活かしてほしい、そのために独立した中立公正な第三者の調査機関を作してほしいという思いだけで、支援者とともに訴え、46万人の署名を集めました。46万という署名は、小山台高校の野球班監督・先輩、同級生・後輩・小中学の同級生、といった若い子供たちの力、そして保護者の方々・先生方、たくさんの支援者のみなさんの安全を求める声なのだと思います。この声とともに私たち遺族は一生懸命訴えてきました。

しかし、国交省は、遺族に説明もなく昇降機等事故調査委員会を社会資本整備会の4つも下の位置に設置し、報告書を公表しました。

それは警察が押収した証拠や重要な情報を調べていない中での報告書でした。事故の背景要因まで踏み込んだ調査・報告がされておらず、なぜ起きたのか、何が原因なのかを全面的に解明することまではできていないものでした。

この事故を受けて二重ブレーキの設置が義務づけられましたが、その対象となるのは、2009年9月28日の法改正後に設置されたエレベーターのみでした。すでに設置されていた約70万機は既存不適格不遡及で対象外になってしまい、これでは一番危険性のあるエレベーターが対象外になってしまいます。そのため、これらも安全になるように対策をしてほしいと私たちは訴え続けてきました。しかし、国交省は、それは法律を変えることであるから自分たちの仕事ではない、政治家に言ってくださいと言いました。

再び起きたシンドラエレベーターの死亡事故

そのような状況のなかで、2012年10月31日に石川県金沢市で、シンドラ社製エレベーターの戸開走行死亡事故が起きてしまいました。

二度と同じ様な事故を起こさないためにも、早く事故原因を徹底的に解明して事故の教訓をエレベーターの安全に活かしていただきたいと再三訴え続けていた中での金沢の事故でした。

防ぐことができたのではという思いと、とうとう起きてしまったという思いで私たちは大きなショックを受けました。

消費者庁へ事故再調査の申し出提出

平成24年10月1日に消費者庁の中に、消費生活上の生命・身体被害に係る事故の原因を究明する政府の専門機関の消費者庁消費者安全委員会が設置されました。

もっと早く事故原因の全面解明ができ真の事故対策をしていたならばという思いと、もう二度と同じ様な事故をおこさないためにもという思いの中で、被害者遺族、赤とんぼの会、88の会、6・3の会、支援者の方々と、平成24年11月5日消費者庁の消費者安全調査委員会に事故の再調査の申し出を提出いたしました。

なぜここまでいまも訴え続けているのか。それは、この事故は一人の事故問題でなく、エレベーター利用者の安全に関わる問題提起をしているからです。刑事裁判では、業務上過失致死傷罪で個人の責任を問う場です。民事裁判は、損害賠償を問う場です。事故の背景要因まで原因究明調査するのは、専門の調査機関なのです。その調査機関がそもそもなかったのです。

調査機関を設置していただきたいと、事故の背景要因まで調査解明し、真の事故対策をと訴えてきたにもかかわらず真の事故原因を究明するのにこんなに時間がかかってしまっただけでは事故原因究明にも真の安全対策にも大きな足かせになってしまうのです。また長い時間がかかるということは、被害者をさらに苦しめる時間を長くすることになるのです。

偶然でも運が悪かったのでもない事故—みんなの安全のために

理不尽に16歳の息子の命を奪った事故、偶然起きた事故でなく、たまたま起きた事故でなく、運悪く起きた事故でなく、事故の背景に様々な事故要因があり必然的に起きた事故なのです。

事故から事故の背景要因まで徹底的調査を訴え続けて7年、刑事裁判の中で、鑑定書が出され遺族が聞きたかったことが少しずつ公開されています。

利用者の安全を第一に捉えていたならば、事故は防ぐことができたと今も確信しています。国土交通省の昇降機等調査部会（旧昇降機等調査委員会）が被害者遺族の7年の訴え憤りにしっかりと向き合っていたいただきたい。

エレベーターは、人や荷物を載せ移動する乗り物であり、利用者の命を預かる乗り物です。その安全は製造メーカー、保守点検業者・独立系保守会社に行政に委ねられています。

安全であるはずのエレベーター、しかし息子の事故は、利用者の安全第一になっていなかったことを明らかにしてしまいました。

息子の事故の原因究明をしっかり行うことが、金沢の事故の全面解明にもつながり、エレベーターの利用者の安全にも繋がると信じています。事故の真の教訓を活かすことが、失った息子の、金沢の被害者の命も、生かすことだと信じています。

刑事裁判の中で、安全対策の責任がしっかりと課されることが、エレベーター利用者の安全にも繋がると信じ訴え続けていきます。これからも裁判傍聴のご協力・ご支援よろしくお願いします。

事故から丸7年がたちました。この事故が風化してしまい忘れられてしまうのではという不安の思いのなかで、一人の安全の問題でなく、みんなの安全の問題なのだとみなさまにこれからも訴え続けていきたいと思えます。

もう二度と私たちのような被害者、遺族をこれ以上出さないためにも、多くの方々のご理解と御協力をよろしくお願いします。

エレベーター事故の危険性と利用者の安全 現状と課題

前川雄司（弁護士）

I 金沢市の戸開走行事故

1 事故の発生

2012年10月31日

4階に到着したエレベーターの扉がひらいたままの状態でかごが上昇したため、乗降口から乗り込もうとしていた被害者の体がエレベーター（かご）の床面と乗降口に挟まれた。被害者は救出されたが、病院で死亡が確認された。

シンドラ社製エレベーター（1998年3月26日検査済証交付）

保守会社 シンドラ社 フルメンテナンス契約

保守点検はシンドラ社との業務委託契約に基づき有限会社日本エレベーター工業が実施

直近の保守点検 2012年10月16日

2 事故調査

(1) 事故調査中間報告書の公表

2013年2月8日

国土交通省社会資本整備審議会昇降機等事故調査部会は「石川県内エレベーター戸開走行事故調査中間報告書」をとりまとめ、国土交通省は社会資本整備審議会の議決として公表した。

事故から3か月あまりで中間報告書が出された。

シティハイツ竹芝エレベーター事故では事故調査報告書（実質的には中間報告書）が出されるまでに3年3か月かかった。

(2) 事故調査中間報告書の内容

① 事故の要因

第1点は、次のようにW型巻上機のブレーキの構造上の特性である。

- ・ プランジャーの動きの余裕が小さく、ブレーキライニングの摩耗により、プランジャーの予備ストロークが無くなると、プランジャーがブレーキアームのブレーキ保持側への動作を妨げる構造であること。
- ・ プランジャーが押し込まれ、実効ストロークの余裕が小さくなった状態で、強い力でブレーキ引きずりを起こした場合、ブレーキドラムの熱膨張が生じ、その状態でブレーキライニングの摩耗が進み、エレベーターの稼働率が下がりブレーキドラムが温度低下した時、その収縮によりブレーキライニングとブレーキドラムの間にすき間が生じ、ブレーキ保持力が全て失われる状態となる。このことがブレーキドラムの温度低下という短時間のうちに発生する構造であること。

これらの構造上の特性から、ブレーキの引きずりに対し脆弱な構造となっていると考えられる。

第2点は、ブレーキの引きずり等を生じさせないための保守・点検が次のように不徹底で問題があったと認められる。

- ・ブレーキ引きずりにつながるブレーキスプリングの設定寸法が、取扱説明書の改訂があっても速やかに調整されていないこと。
- ・W250型エレベーターのうちVF制御（インバーター制御）（84台のうち83台）については、緊急点検によれば15台のエレベーターでブレーキライニングについて、緊急点検前の直近の定期検査からの厚みの減少が報告されているが、取扱説明書で決められた摩耗の初期原因を見つけ、それを取り除きプランジャーを調整位置にリセットする措置が行われなかったこと。
- ・本来取り外してはいけないブレーキ摩耗センサーを外していたこと。
- ・事故機と基本構造が同じ巻上機（W140型、W163型、W200型）のエレベーター473台のうち、綱車の溝の摩耗の状況について、溝の測定値が製造者の定める判定値に適合しないものが9件報告されたが、速やかな是正がなされていなかったこと。

② 国土交通省社会資本整備審議会昇降機等事故調査部会の意見

i シンドラー社製エレベーターに対する措置

ア 基本方針

W型巻上機を有するエレベーターについては、保守・点検が不十分な場合には、ブレーキ引きずりに対し脆弱であるというブレーキ構造上の特性から、ブレーキ引きずりが起きた際、今回と同様の事故が発生する可能性を排除できない。そのためにブレーキの二重化を図る戸開走行保護装置を速やかに設置させる必要がある。

また、ブレーキ引きずりを防止するために、ブレーキの安全性確保に関し昇降機検査資格者による検査を実施させ、その結果を定期的に報告させることで、ブレーキの安全確保の徹底を図る必要がある。

イ 再発防止策

(7) W型の巻上機を有し戸開走行保護装置が設置されていないエレベーターに対する措置

a 戸開走行保護装置の設置

国土交通省は、特定行政庁に対して次の措置を講ずるよう要請すること。

(a) エレベーターの所有者等に対し、戸開走行保護装置の速やかな設置を指導するとともに、改修計画の提出を求めること。

(b) 再三の指導にもかかわらず、正当な理由無く、改修計画の提出がなされないあるいは改修計画の期間内に設置がなされない場合には、建築基準法第10条第3項の規定による使用禁止命令や設置命令を発する等戸開走行保護装置の設置のための必要な措置を検討すること。

建築基準法第10条第3項

前項の規定による場合のほか、特定行政庁は、建築物の敷地、構造又は建築設備（いずれも第三条第二項の規定により第二章の規定又はこれに基づく命

令若しくは条例の規定の適用を受けないものに限る。)が著しく保安上危険であり、又は著しく衛生上有害であると認める場合においては、当該建築物又はその敷地の所有者、管理者又は占有者に対して、相当の猶予期限を付けて、当該建築物の除却、移転、改築、増築、修繕、模様替、使用禁止、使用制限その他保安上又は衛生上必要な措置をとることを命ずることができる。

国土交通省は、戸開走行保護装置を設置するエレベーターの所有者の支援を検討すること。その際、地方公共団体に対しても必要な支援を要請すること。

国土交通省は、シンドラー社に対し、戸開走行保護装置の設置に関して設置費用が低廉で確実な性能を有する戸開走行保護装置の開発、当該装置の設置に係る工期の短縮等設置しやすい工法の開発、施工体制の整備等の設置促進に向けた取り組みを積極的に実施するよう指導すること。

b 定期検査の強化

エレベーターの所有者等に対し、1ヶ月毎に建築基準法第12条第3項(定期検査報告)の規定に基づき、ブレーキの安全性確保に関する検査を実施させる。その定期検査を特定行政庁に報告させること。

このため、国土交通省は定期検査の報告の時期を定めた建築基準法施行規則及び検査方法等を定めた告示の見直し等を速やかに行うこと。これらの見直しが行われるまでの間は上記と同様の検査を実施させ、建築基準法第12条第5項の規定に基づき報告を求めるよう特定行政庁に要請すること。

検査項目は次の項目を基本とし、ブレーキスイッチ等の安全装置の機能、設置の状況等を勘案して定めることとするが、シンドラー社の取扱説明書、シンドラー社が国内、国外で実施している点検内容、他社が実施している点検内容を詳細に調査し、これらを踏まえて検査項目、方法、判断基準を最終的に定めること。

ブレーキの安全性確保に関する検査項目

- ・ブレーキライニング等の厚さ
- ・摩耗の状況
- ・電磁ソレノイド等のコイルの抵抗値の測定
- ・ブレーキ作動電圧・電流の測定
- ・ブレーキ制動時のプランジャーの状況（プランジャーと他の機器との干渉、予備ストロークの確認、ブレーキスプリング設定寸法の確認等）
- ・ブレーキスイッチ等の状態と作動の確認

なお、戸開走行保護装置が設置されたエレベーターについても、定期検査にブレーキの安全性確保に関する検査項目を追加することとすること。

さらに検査内容については、特定行政庁と協力して、サンプル調査を実施し適切に検査が行われていることを確認すること。

- c 国土交通省はシンドラー社に対し、摩耗の原因を明らかにし、原因を取り除く等防止策を講じた上で、摩耗のあったブレーキライニングの交換を実施し、全てのプランジャーのストローク位置を初期設定位置へ設定し直し、プランジャーの位置ずれの許容値をより安全側とし現状の1/3程度とするよう指導すること。

(イ) W型以外その他の巻上機を有し戸開走行保護装置が設置されていないエレベーターに対する措置

a 戸開走行保護装置の設置

国土交通省は、特定行政庁に対し、その他の形式（T型、ヘリカル型、マシンルームレス型）の巻上機を有するエレベーターの所有者等へ戸開走行保護装置の設置を指導するよう要請すること。

b 定期検査の強化

エレベーターの所有者等に対し、6ヶ月毎に建築基準法第12条第3項（定期検査報告）の規定に基づき、(ア) bと同様に項目等を定めたブレーキの安全性確保に関する検査を実施させ、その結果を報告させること。検査方法等を定めた告示の見直しが行われるまでの間は(ア) bと同様に建築基準法第12条第5項の規定に基づき報告を実施させること。

なお、戸開走行保護装置が設置されたエレベーターについても、定期検査にブレーキの安全性確保に関する検査項目を追加することとすること。

さらに検査内容については、特定行政庁と協力し、W型と同様にサンプル調査を実施すること。

(ウ) シンドラー社の検査体制の整備等

国土交通省はシンドラー社に対し、(ア) b及び(イ) bの検査方法について、社内検査マニュアルを整備させ、研修等を実施するよう指導し、検査マニュアルに従った検査を徹底させること。

また、シンドラー社以外が保守しているエレベーターについても検査が確実に実施されるよう、シンドラー社に対して検査マニュアルをエレベーターの所有者等に配布するとともに、他社の検査者についても研修に受け入れるよう指導すること。

国土交通省はシンドラー社に対して、以上の措置について実施状況の報告を求め、内容に不備がある場合は是正を求めること。

さらに定期検査にあたっては、上記の研修等を受けた者に実施させるよう所有者等に対して特定行政庁を通じて指導すること。

国土交通省は、今後、シンドラー社において、安全に関わる重要部分の取扱説明書の改訂等技術情報の変更があった場合、その内容、保守・管理上の

変更点を報告させ、技術的内容を検討し、必要な項目を定期検査報告の項目に追加する等の措置を講ずること。また、シンドラール社において安全に関わる重要部分の技術情報の変更について速やかに社内検査マニュアルに反映させ研修等を実施させるよう指導すること。

ii 事故機と同様のブレーキ特性を持つシンドラール社製以外のエレベーターに対する措置

国土交通省は、シンドラール社製以外のエレベーターのブレーキについてブレーキ特性とブレーキの引きずり対策について調査を実施すること。

調査の結果、戸開走行保護装置が未設置でブレーキ引きずりに対し脆弱なブレーキ特性を持つエレベーターについては、速やかな戸開走行保護装置の設置を指導するとともに、1ヶ月毎のブレーキの安全性確保に関する定期検査を実施させること。これ以外のエレベーターで戸開走行保護装置が未設置のものについては、戸開走行保護装置の設置を指導するとともに、6ヶ月毎にブレーキの安全性確保に関する定期検査を実施させること。

なお、戸開走行保護装置が設置されたエレベーターについても、定期検査にブレーキの安全性確保に関する検査項目を追加することとする。

③ 国土交通省社会資本整備審議会昇降機等事故調査部会のまとめ

平成24年10月31日、石川県金沢市で発生したシンドラール社製のエレベーター戸開走行事故について、当部会においては発生以来、調査を進めているところである。

シンドラール社製のエレベーターとしては、二度目の戸開走行による死亡事故であり、前回の事故と同型の巻上機を有していたことから、事態を深刻に受け止め、有効な対策を早急に講じていく必要がある。このことから、現在までに判明した事実関係をもとにブレーキ部分を重点的に調査・分析した。

平成18年にシティハイツ竹芝で発生した事故では、警察での捜査関係資料が明らかになっていない状態で、公表された事実、関係機関から得られた情報等をもとに社会資本整備審議会建築分科会建築物等事故・災害対策部会及び同部会に設置された昇降機等事故対策委員会において調査が進められた。平成18年9月に建築物等事故・災害対策部会より、エレベーターの安全確保について当面の対策が報告され、その後、昇降機等事故対策委員会において事故原因の調査等が行われ、平成21年9月に事故原因と再発防止策が報告された。事故原因はブレーキのソレノイドコイルの短絡という故障であると報告されており、製造業者と保守業者が異なり連携が不十分であったことが要因の一つであると指摘されている。

これらの報告を踏まえ、新設のエレベーターについては戸開走行保護装置の設置義務づけ、既設のエレベーターについてはブレーキパッドの損耗等を検査項目に加えるなど定期検査報告制度の見直し及び製造者による保守点検に係る技術情報等の開示等の措置が講じられた。

今回の調査では、実機による詳細な調査やシンドラー社製のエレベーターの緊急点検等を行った結果、プランジャーの動きに余裕が少なく、ブレーキライニングに一定以上の摩耗が生じると短時間でブレーキ保持力を失うという事故機の構造上の特性がブレーキの引きずりに対し脆弱な構造であること及びブレーキの取扱説明書に従ったスプリング長さの設定やブレーキライニングの摩耗に対する措置が実施されない等ブレーキの引きずりを生じさせないための保守・点検が不徹底であることが、今回の事故の要因であると判断した。これらの要因は、シティハイツ竹芝の事故調査で判明したものとは異なるものである。

今回の調査で新たに判明した、事故機のブレーキの引きずりに対し脆弱な構造上の特性やブレーキの取扱説明書に従った保守・点検がなされていないなどシンドラー社の保守・点検の不徹底という要因を考慮すると、事故の再発を防止するためには、シティハイツ竹芝の事故後に講じられた措置だけでは不十分であり、事故機と同型の巻上機を有するW型については戸開走行保護装置を速やかに設置するとともに、戸開走行保護装置未設置のエレベーターについては機種の構造特性に応じたより詳細な定期検査を従来よりも頻度高く確実に実施することが必要であると判断して意見を取りまとめた。

なお、今後、更に調査を加え、判明した事実、検証等を盛り込み最終報告として取りまとめることとする。

Ⅱ 消費者安全調査委員会への事故原因調査等の申出

2012年11月5日

シティハイツ竹芝エレベーター事故被害者遺族は、消費者安全調査委員会へ事故原因調査等の申出を行った。

消費者安全調査委員会への事故原因調査等の申出について（2012年11月5日付）

菅直人内閣総理大臣及び馬淵澄夫国土交通大臣宛要請書（2010年12月3日付）

馬淵澄夫国土交通大臣宛要請書（2010年12月3日付）

「昇降機の適切な維持管理に関する指針」（案）に対する意見（2012年5月10日付）

Ⅲ 刑事訴訟

1 公判の開始

2013年3月11日

シンドラー社の元東京支社保守部長と同保守部保守第二課長に対する業務上過失致死被告事件の第1回公判が開かれた（東京地方裁判所刑事第7部・815号法廷）。

被告人両名と弁護人は無罪を主張。

検察官は140以上、弁護人は110以上の証拠を提出した。

第2回公判以降、証人尋問が順次行われている。

なお、SEC社の社長・専務取締役・元メンテナンス部長に対する業務上過失致死被告事件は公判前整理手続がまだ続いている。

2 検察官の冒頭陳述要旨の一端

(1) 約0.7mm程度のライニングの摩耗（片側）で限界に達する危険性

ライニングの摩耗に伴うプランジャーの移動距離とライニングの摩耗の厚みとの関係は、ライニング中央位置で計算した場合、ライニングが摩耗した厚み（片側分）の約2.8倍分（両側分とすると約5.6倍分）プランジャーがソレノイド内に押し込まれる関係にあった。

本件ソレノイドでは、設計上プランジャーストロークの限界値が約6mmと規定されており、また初期設定の際のプランジャーストロークが約2mm前後とされていたことから、プランジャーストロークが限界値に達するまでの余裕は約4mm程度であった。

したがって、5号機では約0.7mm程度のライニングの摩耗（片側）でプランジャーストロークが限界値に達する危険性があった。

(2) 他社製エレベーターのプランジャーストロークの限界値の把握方法

- a 5大メーカー製造の各ドラム式ブレーキのエレベーターの中にも、シンドラー社製の5号機等と同様、プランジャーストロークに構造上の限界があり、これが限界値に達すると、戸開走行事故が発生する危険性のあるエレベーターが存在した。
- b しかし、プランジャーストロークに構造上の限界がある日立、東芝、三菱及びフジテック製の機種においては、各メーカーの機種ごとに各々違いがあるものの、いずれもプランジャーのどの部分がどの構造物に当たることで限界値に達するかは外部から簡単に目視でき、プランジャーストロークが限界値に達する構造やプランジャーが何mm移動すれば限界値に達するか（プランジャーストロークが限界値に達するまでの経過やプランジャーストロークの残余裕）を容易に知ることができるものであった。

また、5大メーカー製のエレベーターのブレーキは、プランジャーコア等のソレノイドから出ている部分に容易に鋼尺を当てることなどができ、同方法等により、プランジャーが何mm移動すれば限界値に達するか（プランジャーストロークが限界値に達するまでの経過やプランジャーストロークの残余裕）を容易に把握でき、プランジャーストロークが適正であるか否かも容易に確認できた。

(3) シンドラー社製の5号機のプランジャーストロークの把握方法

- a これに対し、5号機のブレーキでは、そのソレノイドは、設計上、プランジャーのUリンクロックナットがゴムパッキンを介してソレノイドのストロークリミッターに接触することでプランジャーストロークが限界値に達する構造となっていたが、Uリンクロックナットとストロークリミッターとの間隔やUリンクロックナットがストロークリミッターに接触するまでのプランジャーストロークの余裕等のプランジャーの状態等を外部から直接目視確認できず、このような構造上の限界を外部から目視することは困難であった。
- b そこで、本件ソレノイドでは、ソレノイド内のプランジャーの状態等を確認するため、直接目視確認する方法以外の方法でプランジャーの状態等を確認する必要があった。

本件ソレノイドでは、前記プランジャーの状態等を確認するための部品として、「ストロークインジケーター」という名称のボルト状の部品がソレノイド外側に取り付けられ、プランジャーストロークが広がって限界値に近づくにつれて、ストロ

ークインジケーターの先端部分（頂部）と連結ピンとの位置関係が変化することから、これを目印としてプランジャーの状態等を確認するよう設計されており、シンドラ社は、同ストロークインジケーターによってプランジャーストロークが限界値に近づいているか否かを確認するように定めていた。

- c しかし、シンドラ社の一部の保守点検員は、プランジャーロッド端部とブレーキアームの隙間にブレーキ開放レバーを差し込んだとき、開放レバーが余裕をもって差し込める状態であるかどうか、すなわち、差し込まれたブレーキ開放レバーとプランジャーロッド端部との間に余裕があるかどうかを確認することで、プランジャー位置の確認やその再調整の必要性の判断を行っていた。

なお、プランジャーロッド端部とブレーキアームとの間の隙間を目視確認したり、計測したりして、プランジャー位置の確認やその再調整の必要性を的確に判断することは、プランジャーロッド端部やブレーキアームの各取付位置の関係等から困難であった。

- d そして、シンドラ社は、本件事故発生までの間、前記 b 記載の確認方法等を記載した保守マニュアル等を公開していなかった。

また、シンドラ社の保守点検員の間において行われていた前記 c 記載の確認方法についても、同社の一部の保守点検員の間においてのみ通用していたものであり、他社の保守点検員等は知り得ないものであった。

IV 民事訴訟

1 シンドラー社の主張の概要

- ・ 本件事故は、日常的な保守管理において、プランジャーが適正位置にあるかどうかを確認し、適正位置にない場合にはこれを適正位置に調整するというブレーキの保守管理の基本が励行されなかったために、プランジャーが移動してストロークリミッターに達した結果、ブレーキアームの保持力・制動力が不足したことが原因で発生した事故である。
- ・ エレベーターに欠陥がない場合には、シンドラ社には製造・販売後の安全配慮義務はない。

- ・ そのような義務は日常的な保守管理業務を担当する者が負担すべきものである。
- ・ また、適切な保守管理業者を選定するのは建物の所有者の義務である。
- ・ シンドラー社には、保守管理に必要な知識・技能・情報等を提供する義務はない。

保守管理業者は当該エレベーターの保守管理に必要な知識・技能・情報等を十分に保有しているからこそ、当該エレベーターの保守管理をしようとしているのであり、日本電力サービス社及びSEC社は保守管理に必要な知識・技能・情報等を保有しているからこそ、住宅公社により指名され、指名入札に参加しているのであるから。

- ・ シンドラー社には、特殊な例外的場合はともかくとして、安全性に関する情報を集約・提供する義務とともに、危険な機種について迅速に点検・回収・修理を行う義務はない。
- ・ 平成16年11月6日に本件5号機に発生した不具合につき「5号機のブレーキ作動不具合」として「ブレーキコア（電磁ブレーキ）の隙間が作動限界点近くになり作動不具合を起こした為と思われます」とした報告書を提出したが、その記載内容は実際に反映したものではない。

2 SEC社の主張の概要

- ・ 06年4月13, 27日, 5月11, 25日に定期点検を行ったが, 異常はなかった。
- ・ ブレーキライニングの摩耗は数分ないし最大22時間31分という短時間で発生した。
- ・ 保守点検上の落ち度はない。
- ・ 本件エレベーターには製品上の欠陥があった。
- ・ 住宅公社は保守点検結果等については港区に報告していなかった。
- ・ SEC社にもその一部しか開示されなかった。
- ・ 住宅公社は入札時点においては本件エレベーターの故障歴について全く明らかにしていなかった。

3 日本電力サービス社の主張の概要

- ・ 責任は争う。

4 港区の主張の概要

- ・ 責任は争う。

5 港区住宅公社の主張の概要

- ・ 責任は争う。

東京都港区・シティハイツ竹芝エレベーター事故 消費者安全調査委員会への事故原因調査等の申出について

長男大輔の事故（２００６年６月３日）から６年５か月、二度と同じような事故が起こらないようにと、事故原因の全面解明と再発防止対策の実施を訴えてきましたが、またエレベーターの戸開走行事故が起きてしまいました。

ご遺族のご心痛をお察し申し上げますとともに、心よりご冥福をお祈り申し上げます。

１ 戸開走行保護装置（二重ブレーキ）の義務化について

大輔の事故後、２００９年９月２８日以降に着工した建築物に設置されるエレベーターには戸開走行保護装置（戸が開いたまま「かご」が動いた場合に「かご」を自動的に制止させる装置。①二重系のブレーキ、②戸開走行検出装置、③二重系の安全制御プログラムの要件をすべて満たすもの。以下「二重ブレーキ」といいます。）が義務化されました。

しかし、約７０万基ともいわれる既設のエレベーターには二重ブレーキが義務化されませんでした。

私たちは既設エレベーターにも二重ブレーキを義務化するよう訴え続けてきました。

２０１０年１２月３日には、当時の菅直人内閣総理大臣と馬淵澄夫国土交通大臣に要請書を提出し、①事故原因の早期全面解明、②それに基づく再発防止対策の早期実施、③独立した中立な第三者による事故調査機関の早期設置を求めるとともに、④二重ブレーキが義務化されていないエレベーター約７０万基について二重ブレーキを義務化する等の対策を早急に検討し実施してくださるよう要請しました。

今回の事故は、二重ブレーキ義務化対象外の既設のエレベーターでの事故であり、大輔の事故機と同じシンドラエレベータ株式会社（以下「シンドラ社」といいます。）製でブレーキや制御盤なども同型と聞き、大きなショックを受け、とても悔しい思いです。

二重ブレーキが義務化されていない全てのエレベーターについて、早急に二重ブレーキを義務化するよう重ねて訴えます。

２ 消費者安全調査委員会への事故原因調査等の申出について

二重ブレーキが義務化されていない既設の約７０万基について、戸開走行事故の再発を防止するために、国、製造業者、保守管理会社、所有者、管理者は、どのような対策を実施してきたのでしょうか。

今回の事故機は、大輔の事故機と同じシンドラ社製で、ブレーキや制御盤なども同型とのことです。

大輔の事故を受けて、国土交通省やシンドラ社は、その機種についての安全性の確認や再発防止対策を実施したはずですが、

また、国土交通省は２００６年９月２９日に事故部会の中間報告として再発防止対策をとりまとめ、この中間報告をもとに、①定期検査・報告制度の見直し、②建築確認申請時に保守点検マニュアルの添付義務付け、③新設のエレベーターに二重ブレーキの設置義務付けといった措置を講じました。

さらに、国土交通省は２００９年２月６日に昇降機等事故調査委員会を設置し、同委員会は大輔の事故について調査して２００９年９月８日に「シティハイツ竹芝エレベーター事故調査報告書」をまとめました。

それにもかかわらず、なぜ戸開走行事故が再発してしまったのでしょうか。

国土交通省、シンドラ社、その他の関係者の再発防止対策に、どのような問題や不十分さがあったのでしょうか。

この根本的な問題を解明することなくして、さらなる戸開走行事故の再発を防止することはできません。

国がそれを早急に調査して解明し、真の再発防止対策をとることが、エレベーター利用者の安全を守るために切実に求められています。

そのような趣旨で、本日、国の消費者安全調査委員会に、大輔の事故について原因調査等の申出をしました。

３ 事故原因の早期全面解明、真の再発防止対策の早期実施、独立した中立な第三者による法的調査権限をもった事故調査機関の設置について

大輔の事故の原因はいまだに全面的に解明されていません。

先程述べましたように、２００９年９月８日に国土交通省の昇降機等事故対策委員会が「シティハイツ竹芝エレベーター事故調査報告書」をまとめました。

報告書によると、ブレーキがきかなくなったことが原因と推定されています。ブレーキが半がかり状態で昇降を繰り返した結果、ブレーキライニングの摩耗が進行した可能性が高いということです。

また、事故機では不具合の発生頻度が約２０倍から９０倍と極めて高かったということですし、所有者（港区）、管理者（財団法人港区住宅公社）及び保守管理業者（シンドラ社、株式会社日本電力サービス、エス・イー・シーエレベーター株式会社（以下「エス・イー・シー社」といいます。）による不具合の原因究明や措置が極めて不十分であった可能性が高いとのことです。

さらに、製造者（シンドラ社）が作成した保守点検マニュアルが入手できない中で適切な技術情報に基づいた保守点検が行われていなかった可能性も指摘しました。

しかし、最も重要な証拠が捜査機関に押収されており、昇降機等事故対策委員会にはそれらの証拠を調査する法的権限がないため、事故原因の全面的な解明に至っていないのです。

そのため、報告書も、「今後、新たな事実が判明し、その検証の結果、さらなる再発防止対策の必要性が生じた場合には、速やかに検討を行い、措置を講じることが必要である。」としています。

私たちは２００８年１２月１２日に損害賠償請求訴訟を東京地方裁判所に提起しましたが、捜査機関が押収した証拠が刑事事件の公判で提出されて謄写できる

ようになるまで事実上進まない状態となっています。

東京地方検察庁は2009年7月16日、シンドラ社の元東京支社保守部長と保守部保守第二課長、エス・イー・シー社の社長・専務取締役・元メンテナンス部長を業務上過失致死罪で起訴しました。

しかし、3年以上も公判前整理手続きが続き、未だに公判が開かれていません。

公判が開かれれば、捜査機関が押収した証拠が提出されて謄写できるようになり、ようやく事故調査や民事訴訟でも活用できるようになります。

そうなれば、事故原因の全面的な解明が可能になります。

再発防止を目的とする事故調査は、①技術的要因のみならず、②ヒューマンファクター（人間的要因）や③組織的要因についても調査することが鉄則とされているとのことです。

それは、技術的要因の解明と対策だけでは事故の再発を防止することができないからです。ヒューマンファクター（人間的要因）や組織的要因などの背景要因についても十分に解明してはじめて事故原因の全面的な解明となり、それに基づいてこそ真の再発防止対策を立てることが可能になるということです。

昇降機等事故対策委員会の報告書は、捜査機関が押収した最も重要な証拠を調査できていないうえ、ヒューマンファクター（人間的要因）や組織的要因についてはほとんど調査しておらず、事故原因の全面的な解明がなされたとは到底言えません。

私たちは、刑事事件の公判が始まり、捜査機関が押収した証拠が提出されて謄写できるようになることを心待ちにしてきました。それらの証拠を調査し、事故原因を全面的に解明することによって、真の再発防止対策を立てることに役立てていただきたいと願ってきたからです。

それだけに、今回の事故はショックであり、本当に悔しい思いです。

捜査機関が押収した証拠について、刑事事件で裁判所に提出されるまでは、再発防止のための事故調査であっても調査できないという現在の日本の法制度は果たしてこれで良いのでしょうか。

①事故原因の早期全面解明と②それに基づく真の再発防止対策の早期実施こそが、尊い人命を守り、安全を守ることにつながるものであり、そのためには、③独立した中立な第三者による法的調査権限をもった事故調査機関を設置することが必要不可欠です。

改めて、国に対し、大輔の事故について、①事故原因の早期全面解明と、②それに基づく真の再発防止対策の早期実施、そして、③独立した中立な第三者による法的調査権限をもった事故調査機関の設置を要請する次第です。

また、今回の事故をはじめ、全ての事故について、①事故原因の早期全面解明と、②それに基づく真の再発防止対策の早期実施を国に要請いたします。

2012年11月5日

エレベーター事故被害者遺族

市 川 和 民
市 川 正 子

2010年12月3日

内閣総理大臣 菅 直人 様
国土交通大臣 馬淵 澄夫 様

港区「シティハイツ竹芝」のシンドラエレベーター社製エレベーター事故について事故原因の早期全面解明とそれに基づく再発防止対策の早期実施を求めるとともに独立した中立な第三者による事故調査機関の早期設置を求める要請書

エレベーターは、私たちの生活の身近にある乗り物であり、子供からお年寄りまで誰もが利用し、また利用せざるをえない乗り物となっています。

しかし、2006年6月3日、東京都港区が所有する公共賃貸マンション「シティハイツ竹芝」において、シンドラエレベーター株式会社製エレベーター（1998年製）の戸が開いていたにもかかわらず、突然上昇し、16歳の息子はその命を奪われました。

エレベーターには、全ての戸が閉じていなければ昇降させることができない装置（安全装置）を設置することが義務付けられています（建築基準法36条、当時の建築基準法施行令129条の10第3項1号）。戸が開いた状態での昇降（戸開走行）ができないことが、エレベーターの最低限の安全性として義務付けられていたのです。それにもかかわらず、なぜ戸開走行が起こったのでしょうか。私たちは、事故以来、事故原因の早期全面解明を求め続けてきました。

しかし、事故からもう4年6か月もの歳月が過ぎたにもかかわらず、未だに事故原因の全面解明はなされていません。

なぜ、事故原因の全面解明にこんなに時間がかかるのでしょうか。事故原因の全面解明が進まないことで、私たち遺族は、息子を失った悲しみに加えて二重三重の苦しみを背負わされています。

私たち遺族は、事故原因を全面的に解明し、それに基づいた再発防止対策をとることによって、この事故の教訓を社会に活かし、二度とこのような悲惨な事故を起こさないための礎にしたいのです。

「昇降機等事故対策委員会」の「シティハイツ竹芝エレベーター事故調査報告書」（平成21年9月8日付）は、事故原因に関するいくつかの重要な事実を明らかにしました。

しかし、「昇降機等事故対策委員会」には十分な法的調査権限がなく、捜査機関が押収あるいは収集した証拠や資料等を調査することができないとのことで、事故原因の全面解明ができないとの説明を受けました。捜査機関が保有している証拠や資料等には事故原因を解明するうえで最も重要なものが多数含まれているはずですから、それを調査しなければ事故原因の全面解明ができないことは明らかです。

しかし、この4年6か月の間にも、京都で女性がエレベーターから降りようとしたところ戸が開いたまま下降し腰部を挟まれて骨盤骨折の重傷を負った戸開走行事故（2008年12月8日）や東京大学柏キャンパスでのシンドラエエレベータ社製エレベーターの戸開走行事故（2010年11月11日）など、重大な事故が起こっています。東京大学での事故でエレベーターに閉じ込められた学生の一人は「脱出した学生は、あと1秒遅れていたら足、2秒なら胴体を切断されていたのではないか」と述べたとのことであり、死亡事故にもつながりかねない極めて危険な事故です。乗っていた学生たちの恐怖は想像を絶します。

戸開走行事故は、エレベーターにとって絶対にあってはならない事故なのです。だからこそ、この事故は個人の問題でなく、エレベーターを利用する利用者全体の安全の問題として訴え続けてきました。

このようなさなかに戸開走行事故が繰り返され、悔しい思いで一杯です。

息子の事故だけでなく、全ての戸開走行事故について事故原因の全面解明とそれに基づく再発防止対策を至急行っていただきたいのです。

事故原因の全面解明なくして真の再発防止はできません。

事故原因の全面解明を速やかに行うためには、十分な法的調査権限のある独立した中立な第三者による事故調査機関の設置が必要不可欠です。私たちはこのことを2006年からずっと要請し続けてきました。早急に事故調査機関を設置し、捜査機関が保有する証拠や資料等の調査も含めて、事故原因の早期全面解明を実行していただきたいのです。

そして、全面的に解明した事故原因に基づいて再発防止対策を早急に行ってください。

また、戸開走行事故が繰り返されてきた深刻な事実を直視し、二重ブレーキの義務化の対象からはずれた建築基準法平成21年改正法施行前の全国のエレベーター70万基についても、二重ブレーキを義務化する等の対策を早急に検討し実施してください。

独立した中立な第三者による事故調査機関の目的は、事故原因の早期全面解明と再発防止にあり、それは被害者・遺族の精神的な支援につながります。事故の教訓を共有財産として社会全体に活かしていただくことが、奪われた命の意味につながります。

二度と悲惨な事故を繰り返さないために、菅内閣総理大臣と馬淵国土交通大臣に上記のとおり要請する次第です。

東京都港区芝1丁目8番23-1207号

エレベーター事故被害者遺族

市川 和民

市川 正子

2010年12月3日

国土交通大臣 馬淵 澄夫 様

要 請 書

シティハイツ竹芝エレベーター事故調査に関し、次の事項についてご説明くださいますようお願い致します。

- 1 事故機と同種の構造を持つシンドラ社製エレベーターについて、再度の安全性の確認を行った結果はどうでしたか。
- 2 他社製のエレベーターについても、事故機と同種の構造を持つエレベーターの有無などを調査した結果はどうでしたか。また、その調査の上、どのような措置を講じましたか。
- 3 製造者による保守点検に係る技術情報の開示（保守点検マニュアル等）について、どのような措置を講じましたか。また、どのような指導を行いましたか。それらの結果はどのようになっていますか。
- 4 製造者によるリスク情報等の開示について、どのような指導を行いましたか。その結果はどのようになっていますか。
- 5 技術力向上のための製造者と保守管理業者の協力体制の構築について、どのような指導を行いましたか。その結果はどのようになっていますか。
- 6 既設のエレベーターへの戸開走行保護装置の設置の促進について、どのような技術開発を推進し、普及を図りましたか。その結果はどのようになっていますか。
- 7 所有者、管理者及び保守管理業者が連携して不具合情報の把握、原因究明、解消等必要な対策を行うよう、どのような指導を行いましたか。
- 8 不具合情報について、どのように収集・分析しましたか。また、関係者間の情報共有を図り適時の対策に結びつけられるよう、どのような方策を講じましたか。
- 9 保守管理業務の契約に関する実態をどのように把握しましたか。その把握した実態はどのようなものですか。
- 10 保守管理業者の選定にあたり留意すべき事項、保守管理契約において盛り込むことが望ましい事項等を盛り込んだ指針を作成しましたか。その指針はどのようなものですか。その指針はどのように周知され、普及されていますか。
- 11 戸開走行保護装置の設置義務付けの実態はどうなっていますか。
- 12 昇降機等事故対策委員会の事故調査の実施状況と報告書の作成の状況はどうなっていますか。特に、戸開走行事故の状況はどうなっていますか。また、各事故ごとの再発防止対策の状況はどうなっていますか。

〒107-0052

東京都港区赤坂2丁目2番21号 永田町法曹ビル

東京合同法律事務所

TEL 03-3586-3651 FAX 03-3505-3976

弁護士 前 川 雄 司

「昇降機の適切な維持管理に関する指針」（案）に対する意見

氏名	前 川 雄 司
住所	〒107-0052 東京都港区赤坂2丁目2番21号 永田町法曹ビル
所属	東京合同法律事務所
電話番号	03-3586-3651
電子メールアドレス	maekawa@tokyo-godo.com

意見

1 「第1 目的」について

指針（案）は「所有者が昇降機を常時適法な状態に維持することができるよう」としているが、「製造業者、所有者、管理者及び保守点検業者が昇降機を常時安全な状態に維持することができるよう」とすべきである。

「第1 目的」だけでなく、その他の箇所の「適法な状態」も「安全な状態」とすべきである。

エレベーターは、都市における縦の交通機関として不特定多数の一般公衆の乗用に供されるものであり、高層建築物の増加が著しい現代社会において、鉄道や航空機以上に日常生活に欠くことのできない公共交通機関となっており、安全性の徹底的な確保が厳しく要求される。

しかし、エレベーターは重力に逆らって垂直に昇降する機械であり、出入口が静止物と移動物の境界面であるという構造上、出入口で人が乗降中にエレベーターが昇降すると、人の生命、身体を侵害する重大事故を発生させるおそれがある。また、エレベーターの運行（昇降・停止等）は機械によって自動的に行われるため、エレベーターの安全性は機械自体によって担保されなければならない。

このように、エレベーターには、利便性ととともに、人の生命、身体を侵害する事故を引き起こす危険があり、エレベーターの製造設置時のみならず、設置後の維持管理の段階を通じて、安全確保に万全を期すべき製品であるという特質があるといわなければならない。

したがって、エレベーターは、①製造・販売・設置と②維持・管理の各段階を通じて、常時安全な状態に維持されなければならない。エレベーターの製造業者、保守点検業者、所有者及び管理者は、エレベーターを常時安全な状態に維持する義務がある。

エレベーターの所有者のほとんどは、エレベーターを常時安全な状態に維持するための知識や技術、技能等を持っておらず、所有者の義務と責任を定めただけではエレベーターを常時安全な状態に維持することはできない。

エレベーターを常時安全な状態に維持するためには、製造業者、保守点検業者、所有者及び管理者のそれぞれの義務と責任を明確に定めることが必要不可欠である。

また、「常時適法な状態」では何が適法なのかが明確ではない。「常時安全な状態」であれば、誰にとっても明確である。誰が読んでも明確に定めるべきである。

2 「第2 用語の定義」について

指針（案）は「所有者と管理者が異なる場合においては、管理者（中略）と読み替えるものとする」としているが、読み替えはすべきでなく、所有者と管理者の義務と責任をそれぞれ定めるべきである。

したがって、保守点検業者の定義も、「所有者または管理者からの委託により保守・

点検を業として行う者をいう。」と定めるべきであり、その他の箇所についても所有者と管理者の義務と責任をそれぞれ定めるべきである。

読み替えをすると、所有者と管理者のそれぞれの義務と責任が明確でなくなり、解釈の争いを生じ、安全性を阻害する要因となる。誰が読んでも所有者と管理者のそれぞれの義務と責任が明確であるように定めるべきである。

3 「第4 関係者の役割と責任」について

指針（案）は、所有者のみの役割と責任を定めているが、製造業者、保守点検業者、所有者及び管理者のそれぞれの義務と責任を明確に定めるべきである。

エレベーターを常時安全な状態に維持するためには、保守点検に関する知識、技能、技術的情報や性能に関する情報等を身につけた保守点検者が必要であるが、そうした保守点検者を養成するためには、製造業者からの知識・技能・情報・教育訓練等の提供が不可欠である。それゆえ、製造業者は、製造後においても、当該エレベーターを常時安全な状態に維持するため、安全性確保のために必要な知識・技能・情報・教育訓練等を提供し、保守点検者について安全性を維持しうる水準が確保されるようにする義務を負う。

エレベーターは、死亡事故等の重大な危険性を有しているのであるから、事故や不具合、修理の実態、その他安全性に関する情報の収集を常時行い、所有者・管理者・保守点検業者等に提供するとともに、エレベーターの安全性に疑いがあることが判明した場合には、事故発生の危険を未然に防止するべく、既に製造され使用されている当該機種について、迅速に一斉点検及び回収ないし修理を行う義務を負う。

エレベーターを常時安全な状態に維持するためには、保守点検業者が保守点検に関する知識、技能、技術的情報や性能に関する情報等を身につけた保守点検者を養成し、常時安全な状態に維持する義務を負うことが不可欠である。

エレベーターを常時安全な状態に維持するためには、所有者が、保守点検に関する知識・技能・情報等を十分身につけた保守点検者を擁し常時安全な状態に維持することのできる適切な保守点検業者を選定する義務を負うことが不可欠である。

また、管理者がある場合は、所有者と管理者が連帯して、保守点検に関する知識・技能・情報等を十分身につけた保守点検者を擁し常時安全な状態に維持することのできる適切な保守点検業者を選定する義務を負うことが不可欠である。

4 「第13 チェックリスト」について

ほとんどの所有者と管理者には適切な保守点検業者を選定することは困難であるから、保守点検業者を評価する第三者機関を設置し、評価させるべきである。

5 国としての責任

契約自由に任せたのでは安全は守れない。生命・身体を守るには事後規制ではなく、事前規制こそが必要である。事故が起こってからでは遅いのである。

保険法改正でも、契約者保護のために、強行規定・片面的強行規定を定めて契約自由に対する規制をしている。

国として、エレベーター利用者の生命・身体を守るために、製造業者、保守点検業者、所有者及び管理者の契約内容に必要な規制をする強行規定を定めるべきである。

以上

「調査」と「捜査」は違う

日本ヒューマンエラー研究所 本江 彰

裁判がはじまったが

2006 年、大輔君がエレベーターに挟まれ死亡した事故から、7 年たって、製造元シンドラー・エレベータの元幹部ら 2 人が、適切な保守管理を怠ったとして業務上過失致死罪に問われた裁判が、やっと東京地裁で始まりました。

「なぜ、息子の命が奪われたのか。なぜ防げなかったのか」と事故の原因解明を望む、市川さんにとっては特別な意味を持つ裁判です。

エレベーター事故については、曲がりなりにも国土交通省・昇降機等事故対策委員会によって事故調査が行われましたが、極めて不十分なものでした。

警察の捜査が優先されたためか、十分な権限がなかったためか、すべての証拠が警察に押収されて、調査機関は事故機を直接調査することができず、同型モデルの調査による原因推定が精いっぱいであり、とても真相が分かったといえる状況ではありませんでした。

警察が押収した事故機の詳細な分析結果が、この裁判で明らかになることによって、いままではっきりとはわからなかった、事故を起こしたエレベーターのメカニズムが判るようになる可能性があります。

裁判では一般に、警察が収集した証拠を基に、真実が明らかにされると、思われているのではないかと思います。が、事実は違います。

「警察が原因究明に当たっています」

事故が起これば、アナウンサーが「警察が原因究明に当たっています」とコメントしている画面をよく目にします。

とても気になりますし、報道機関の人ですら、「調査」と「捜査」を混同していることがよくわかります。

「調査」とは再発防止のために行われるもので、「捜査」は犯罪抑止のために行われるので、それぞれ目的は異なっているのです。

警察の捜査は、容疑者の犯罪を立証するためのものであり、事故原因の多くの要素の中で、容疑者の犯罪の立証に関わらない要因は通常は捜査されません。また捜査されたとしても、容疑者以外の人間のプライバシーを不必要に損なう情報は、通常は裁判では公表されないのです。

通常、事故は誰かのミスや怠慢だけで起こるのではなく、複雑にさまざまに複数の要因が絡み合っただけ起こります。

事故調査は再発防止を目的としたもので、これらの複雑な要因の関係を解き明かし、事故が二度と起こらないような対策につなげます。

シティハイツ竹芝エレベーター事故には、再発防止のために明らかにしなければならない、いくつかの「なぜ」があります。

- ・なぜ、国外で発生した事故情報を生かせなかったのか？
- ・どこの組織が国民の安全を守るために働いているのか？
- ・エレベーターの設計に問題はなかったのか？
- ・なぜ、検査で不具合を見つけることができなかったのか？
- ・検査は正しく実施されたのか？
- ・検査方法は適性であったのか？また、検査記録は正確に記載されたのか？
- ・検査方法は誰が、管理し、適宜見直しが行われているのか？
- ・検査士の能力は適正に管理されているのか？
- ・機材のマニュアルがなくても、適性に管理できるのか？
- ・機材のマニュアルはなぜ、管理会社に提供されないのか？
- ・不具合情報は適切に製造会社および管理会社に伝わっていたのか？
- ・不具合情報は、どのように管理されていたのか？

裁判や捜査ではこれらの一部の「なぜ」に答えるだけで、すべてには答えてはくれません。

裁判では、被疑者が対象で、犯罪を立証する要因以外には踏み込めません。

捜査により得られた資料は、たとえ再発防止に有効な情報があったとしても、原則非公開で、起訴後、公判で証拠として提出された情報以外は、非開示となり、将来の事故防止に利用はできません。

警察の捜査が始まると、関係者は「捜査中の事件に関しては、コメントを差し控えさせていただきます」と判で押したように、口をつぐんでしまいます。

うかつなことをしゃべれば、自分もしくは身内の罪を立証する恐れがあるために、協力的でなくなります。憲法には黙秘権の保障もあります。

再発防止のためにはすべての事実関係と原因を明らかにしなければならないのですが、刑事処罰を行うと、だれもが真実を話さなくなります。

過失犯の犯罪を立証するためには、予見可能性と結果回避義務違反を証明しなければなりません。

予見可能性とは、この状態のままでは、事故が起こる可能性を前もって予測できるということです。

そして、事故の可能性を認識しながら、事故を防ぐための有効な手立てをとることなく、漫然と放置したことが、結果回避義務違反です。

捜査をしたが、十分な証拠を固めることができず、公判を維持することが難しいと予測される場合は、つまり犯罪の立証が難しいと思われる場合は、検察は事件を不起訴処分とすることがあります。

不起訴となった捜査記録は、一般的には、これを開示すると、関係者の名誉・プライバシー等を侵害するおそれや捜査・公判に支障を生ずるおそれがあるため、法律で、原則として、公開しないことになっています。

御巣鷹山日航機墜落事故では、日本とアメリカの法律の壁があり、検察は立件をあきらめ不起訴となり、この時、苦労して集めた捜査資料も日の目を見ることなく、お蔵入りとなりました。

最近では、不起訴事例においても、被害者に配慮して、プライバシーに抵触しない情報に関しては公開する方針を明記していますが、捜査資料のうちほんの一部であることには変わりはありません。捜査において真実を解明できると考えるのは大きな誤りです。

裁判が終わると、一件落着の雰囲気が流れます。警察・検察は話題の事件を決着に導き、幕が引かれます。マスコミも次の事件を求めて奔走することになります。

被害者は幕引きを望んでいるわけではありません。二度と事故を起こさないためには、関係者には絶えることのない再発防止の活動を望み、使用者には危険と警戒の気持ちを望み、せめて社会の安全のために記憶に留めることを期待しているのですが。

真実が見えてくれば！

大岡裁きのように、お白洲でのお裁きの伝統が根強く生きていて、処罰によってこそ真実が明らかになるとの社会的確信がまだ生きているのでしょうか？

マスコミの報道姿勢にも、社会を安全に導くためには、企業のウソを暴き、癒着を正すために、正義のために責任を追及する警察・検察への信頼は感じられます。

捜査においては、すべての要因は必ずしも調査されることはありません。「調査」と「捜査」は明らかに異質のものであり、「捜査」は警察が行い、原因究明のための「調査」は警察が行うことはなく、事故調査の専門機関が行うことになるのです。

わが国では、事故調査と犯罪捜査が並行して行われるために、警察の捜査を優先するという実態があります。

シティハイツ竹芝エレベーター事故に関しては、明らかに事故調査より捜査が優先し、調査は事故機材を十分調査できる環境にはありませんでした。

したがって、今回の裁判での過程で、機材に関する様々なデータにより、一部の真実が明らかになることを望んではいますが、「調査」と「捜査」に違いがあることには、改めて理解を深めて頂きたいものです。

「なぜなぜ分析」の活動から

櫻井 宏

〇 1. 途中から参加して

「なぜなぜ分析」とは、平成 18 年（2006 年）6 月 3 日港区シティハイツ竹芝のエレベーター戸開走行死亡事故（以下単に 6.3 事故と言う）の原因追求を目的として発足した勉強会です。

発足の動機は柳田邦男先生のアドバイスがあつて、6.3 事故から 4 年後の平成 22 年（2010 年）7 月 16 日に初回をスタートしました。この勉強会はほぼ毎月 1 回のペースで、平日の夜間港区内で開催しており、今年 5 月で第 25 回になりました。今後も事件が終結するまで続けられると思います。

この勉強会のメンバーは、頭初、被害者遺族、弁護士でスタートし、その後、事故調査の専門家、赤とんぼの会、6.3 の会、88 の会の方々が参加しました。そして 6.3 事故の原因を追求するには、エレベーターの内情に詳しい者がどうしても必要となり、平成 23 年（2011 年）4 月 20 日第 7 回目から私が参加することになりました。

エレベーターの内情に詳しい者といっても、エレベーター業界は販売、製造、据付、保守点検、リニューアルと分野が分かれており、それぞれ複雑な業界構造になってきておりますので、その全体を知っている人は少ないと思います。私はその全体の流れの中のほんの一部、機械設計技師であったという立場で、20 年近く身を置いてきたわけですからお役に立つかは自信がありませんでした。6.3 事故の追求のためには現役の方に多数参加していただく事が最適なのかも知れません。しかしながらメーカーも、保守会社も、その従業員からは積極的な協力が得られずの状況でありました。中には箝口令を敷き、念書を従業員から出させている会社もありました。

〇 2. TBS テレビ N スタから取材を受ける

この「なぜなぜ分析」勉強会でとりあげている案件は多岐にわたっております。即ち、民事、刑事公判の状況報告、国交省、消費者庁への接触報告、法律、行政システムの現状講釈、街頭活動、他団体との交流報告、製品事故、リコールの事例研究等になります。

必ずしもエレベーターだけにこだわらず、家電製品、運輸、設備、公共施設での事故例も取り上げて意見交換をしてきております。6.3 事故の背景、全体像を知るという観点からは裾野を広げて勉強せざるを得ません。今後もより専門的知識をお持ちの方の参加を望みながら活動を続けているところです。

「なぜなぜ分析」の活動は、報道機関の注目することとなり、2 月 27 日に TBS テレビから取材を受けました。この時、港区白金台で昨年 10 月金沢市のアパホテルエレベーター戸開走行死亡事故の事例研究を行っていた時で、その姿を約 2 時間取材してもらい、3 月 7 日 18 時 11 分より約 4 分間ニュース番組 N スタの中で放映されました。

03. 事故原因の背景追究を！全体像を知る。

そもそも、6.3 事故原因の原因追求については、事故原因の背景を知らない限り進めません。「全体像を俯瞰する視点からの検証」即ち、総合的検証がどうしても必要だと思っています。

背景を知るためには全体像を知り、総合的検証に結び付けて事故原因の追求は帰結する。ここで言う全体像とは、エレベーターが市場に置かれるまでと、その後市場に置かれたあと、使用面と維持管理面での、ソフト関係とサービス関連。特に契約関係から影響される複数の会社が関与した社会構造システムの流れのことです。事故原因の背景は、その流れの中に何らかの欠陥があったからだとのスタンスで臨んでおります。そしてその流れの中の何らかの欠陥とは何か？技術要因か、ヒューマンファクターか、組織要因か？事故調査の検証で使われている。この3要項にあてはめてすっきりした結論を出したいものです。「なぜなぜ分析」のメンバーは乏しい判断資料をもとに苦勞しております。

04 6.3 事故の具体像と背景

6.3 事故の事故原因は、昇降機等事故対策委員会から、事故のあと3年3か月後の平成21年（2009年）9月に報告されました。

それによると、ブレーキのソレノイドコイル（※1参照）の短絡という故障で、製造業者と保守業者が異なり連携不十分であったことが要因の一つであると指摘されました。

つまり、この委員会の報告書で、事故の具体像はソレノイドコイルの短絡による戸開走行であり、事故の背景は、製造業者と保守業者が異なり連携不十分であったと指摘していることです。

すなわち、ソレノイドコイルの短絡が戸開走行死亡事故となった因果関係は、ソレノイドコイルが短絡していると、コイルの抵抗値が下がり、磁気吸引力、推力特性が変わり、これがプランジャの押す力を設計通り出せなくなり、ブレーキアームが十分開かず、ブレーキパッドがドラムに摺った状態で引きずりを起こしパッドが磨耗した。

その結果、エレベーターカゴ室が停止の状態でも、ブレーキの保持力がパッドの減厚で不安定となり吊り合いオモリのバランスの上で重い方向へカゴ室が突然動き出す。乗客が乗降の最中のわずかな振動でそれが起き挟まれたというのが事故の具体像になります。

次に、ソレノイドコイルの短絡、ブレーキパッドの磨耗で当然ドラムは発熱しているからその温度、そしてブレーキパッドの摺り減り具合、下部に落ちている粉状物、ソレノイドコイルの抵抗値の低下、こういった現象を定期検査と毎月の保守点検の時見つけられなかったのか、という疑問が出てきて、委員会の報告にある製造業者と保守業者が異なり連携不十分という指摘は事故の背景の一つとして有力なものになります。そこにはメーカーと独立系保守会社との永年の確執が業界の中であって、不安定な保守管理への踏み台になっております。ブレーキの引き摺り現象を防ぐ保守点検の特別注意点を、メーカーは保守点検員にそのコツを教えていたのだろうか？メーカーと保守会社との間でテクニカルサポートの行為はあったのか。そしてブレーキが機能不全となることを予測して、部品の交換義務はフルメンテナンス契約（※2参照）の場合保守会社にあるのだが、保守会社を毎年変えていたから保守点検の品質は誰が保証できるのであろうか、ブレーキ部品交換時期先送りの「怪」が存在していたのではないか。

こう言ったことが事故の具体像から背景へと追求することになり、全体像の解明になる

ものと信じております。

「なぜなぜ分析」では消化できる情報が少ないため、推断の域を出ていませんが、刑事裁判の進展により前述委員会からの報告書との違いが次第に明確になるのではないかと考えております。

05 刑事裁判のゆくえ 事故の源流

現在、東京地裁刑事部において、シンドラー社の保守担当責任者2名の裁判が開かれています。5月の第8回公判までで、ブレーキの機能に対する事故当時の実況検証が進み、ブレーキ部品を鑑定した証人（検察側）の喚問も行われました。従って事故の具体像はもうすぐ明確になると思います。

問題はその先に被告2名の刑事責任があるのかないのか、事故の背景に切り込んだ司法判断が示されるのか、特に起訴状では「被告2名は04年11月に事故機が所定の位置からずれて止まるトラブルを起こした際、原因究明や再発防止を怠り、港区住宅公社に対し事故の危険性について情報提供しなかった過失がある」と指摘している点です。

つまり検察側の主張からは、港区住宅公社とシンドラー社とのあいだで締結のエレベーター保守点検契約（フルメンテナンス契約であった）の履行義務に不作為や過失があったのではないかと、保守点検契約の履行の実態に踏み込んで事故原因の究明を問うことが窺われます。

そして、後続の分離公判エス・イー・シー社3名の裁判では、前述昇降機等事故対策委員会の報告書にある「製造業者と保守業者が異なり連携不十分」という指摘が正鵠を射ていると考えられます。製造業者が作成した保守点検マニュアルが入手できない中で適切な技術情報に基づいた保守点検が行われていなかったと指摘されている事実を、被告側は否定できないと思われます。この指摘を裁判ではどのように審理されてゆくのか注目しているところです。

「なぜなぜ分析」では、保守点検マニュアルの供与（公表するだけでは不十分）、技術指導をしない製造業者と、それらを持たずに保守点検作業を事業とする独立系の保守会社。そういう二項の対立がエレベーターが市場に置かれたあとサービス面でのチームワーク、協力、信頼関係の欠如となり、事故に結びつく源流になると考えています。

このように6.3事故の背景は複合的要因（人的要因、組織要因、技術要因）を解明しない限り、この事故の全体像は見えません。幸いなことに裁判の進展で少しずつ答えが得られるようになりました。それでもまだまだ日数のかかる状態にあります。

06. 不条理なこと

「なぜなぜ分析」のメンバーが不条理に思っていることがあります。

8年前、107名が亡くなったJR西日本福知山脱線転覆事故で、歴代のJR西日本代表者3名を強制起訴までしたのに遺族の思いがかなえられないことであります。

現行日本の刑法では企業や団体の責任を刑事裁判では問えないことです。企業活動の中で問われる事故責任は刑法では個人に帰属するとした法理であります。この法理からの判決は刑法上では間違っていないようですが、市民感情としてはおかしいことだと思います。

例えばイギリスでは、以前フェリーの転覆、列車の衝突の大事故があった時も企業の責任は不問であった。そのため6年前に「組織罰」の刑を法律によって定めたところ、企業

責任が課されることにより事故が 30% 近く減ったということです。又、アメリカでは「組織罰」の刑を課す法律は無いのだが、民事訴訟において通常の損害賠償額の数倍の判決を懲罰的司法判断として出し、企業に社会的責任をとらせ反省させているようです。

さて、現在の刑事裁判は、平成 16 年（2004 年）のブレーキ機能不全に対して個人の責任が訴因となっているため、被告の所属している会社、その会社と契約関係にある会社（港区住宅公社）そして建物所有者（港区）等は訴外の扱いになっています。そこで私たちは死亡事故を起こした場合、事故防止に向けて周囲にも重い役割を求め、安全対策が不十分であった企業は、その責任を連帯して問うことが可能な法整備を願うものであります。

そして判決の中に事故撲滅を願う社会的要請の反映を期待するものです。これは問題提起した被害者遺族が求めていることであるのです。刑を課せばよいというだけの裁判は、被害者の供養にも、再発防止にもなりません。刑法での限界を承知の上で言っているのです。

07 刑事裁判の進展に注目している

刑事公判の上では、保守点検サービスに関する技術資料（マニュアル）がエレベーターの現場に適切に伝承され、更に適切に活用され履行されたのか。そして適切に履行されなかった場合の危険性が、現場の保守点検者の知識と能力に十分予見可能であったのか、マイナス情報の取扱いはどうであったのか。こういった面も次第にあきらかになると思います。

エレベーターの保守点検契約の中でフルメンテナンス契約の場合は、機能不全となったブレーキ部品を修理したり、交換したりする義務は保守点検業者にあります。即ち、故障が多くなり信頼性の劣ってきた部品を交換する時期は、保守点検業者がプロとして最適なタイミングで決断しなくてはならない。事故機のソレノイドコイルのレアショート（※3 参照）は、コイルの抵抗値を保守点検時に時々測定していれば、絶縁不良は早期に発見できたはずです。

ところが、4 月 30 日第 4 回公判で、検察側証人がソレノイドコイルの抵抗値は事故機の設置から事故に至る 8 年間（1998 年～2006 年）で半減していたと証言しているのです。この 8 年間、コイル抵抗値の変化につき誰も気が付かなかったのか？つまり毎年の法定検査、又は毎月の保守点検時にブレーキの作動電圧、電流の測定を検査項目に記録しておけば、ソレノイドコイルの絶縁不良はその時点で容易に発見できたのではないかと？しかも、いつの時点から変化したのか判明が可能で部品交換責任の所在は明確になるものです。

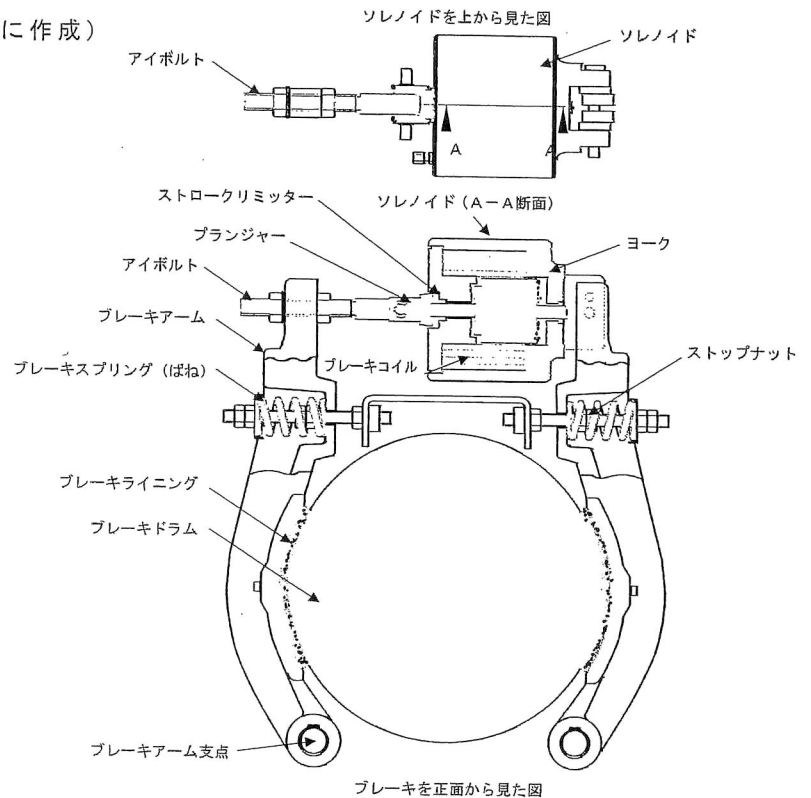
今後、刑事裁判が難行するのは、検察、被告側双方にコイル抵抗値の低下に対する、月レベル、又は年レベルのバックデーターがない場合であります。部品交換の替え時基準を決めたマニュアルはあったのでしょうか？

6.3 事故の前、3 年間（2003 年～2006 年）で事故機と隣接機計 2 台で起きたコールバック（緊急呼び）件数は実に 40 回を超えたと言う。この 40 回余の故障の中には、ブレーキの機能不全が原因と推定できる故障が複数件みうけられます。

そして起訴状にある 2004 年 11 月は、事故が多発していた 3 年間の期間内にあります。起訴状の中に被告はブレーキ構成部品の異常に気付いたが、再発防止措置を取らなかったと不作為の責任が訴因の一つにありますので、刑事裁判の進展で被告側の抗弁に注目しているところです。

事故機、ブレーキの構造図

(シンドラー社から入手した資料をもとに作成)



文中※1,2,3の説明

※ 1 . ソレノイド (solenoid)

ソレノイドとは電線をグルグル巻いて円筒形にしたもの、円筒コイルのこと。この円筒コイルの中へ鉄芯棒（プランジャー）を入れ、コイルに電流を通すとコイルの輪の中に磁界が生じ鉄芯棒が磁束線に沿って吸引され動く。この鉄芯棒の動きを動作源として、ブレーキ、流体バルブ（弁）の開閉に利用している制御機器のことを電磁ブレーキ、電磁バルブという。

※ 2 . フルメンテナンス契約

エレベーターの保守点検契約の一つ。通常の定期保守点検作業の履行契約に加えて悪くなった部品の修繕と交換を保守点検会社が費用負担する契約のこと。

このフルメンテナンス契約の期間は部品の寿命を考え長期間とすることが常識、この期間を1年毎にすると、部品交換のタイミングが先送りとなり、事故に結びつく。

フルメンテナンスの対象とする部品は、機械と電気部品で意匠部分は含まれない、意匠部品はカゴ室、乗場三方枠、扉等、板金の成形部材を言う。エレベーター価格の約 1/3 は意匠部品が占め 2/3 は機械、電気部品といった構成になる。フルメンテナンス契約では、機械、電気の部品に対して契約期間内の品質保証を保守点検会社がしていると解される。他に P.O.G 契約がある。これは消耗部材と油類だけを保守点検会社が負担する契約。

※ 3 . レアーショート

巻線コイルの電線の被覆（エナメル）が絶縁目的を果たせず隣接する電線と導通して起こす現象、絶縁不良、短絡のこと、ソレノイドコイルにこれがあると設計通りの磁気吸引力が出せず、ブレーキの開放力に影響する。時々コイルの抵抗値を測ることによりレアーショートは発見可能となる。これは保守点検会社の役目になる。

石川県金沢市シンドラエレベーター事故の被害者遺族からのお手紙

「市川様へ

同じエレベーター事故により、母を亡くした息子として、市川さんの悲しみ、怒り、悔しさ、いろいろな感情をお察しいたします。6月3日は市川さんの息子さん。大輔さんの命日です。今、あの悪夢の事故がなければ、23歳ぐらいでしょうか。成人され、親子でお酒も飲めたでしょうし、立派な社会人になられていたと想像します。まだ、明るい未来、大きな夢を持った若者の命を奪った事故を「不慮の事故」として、片づける訳にはいきません。何としても事故の究明、責任の追求、また、二度と同じ被害者を出さないため、残された被害者共に戦っていきたいと思います。大輔さんが安らかに眠られますように。ご冥福をお祈りいたします。 本多 智之」

事故から7年 今思うこと

事故から7年

いっちゃんの会 有志一同

事故から7年です。とにかく時間がかかり過ぎです。

時間を長くかけて風化させて諦めさせようとしているのか。私たちも時間がかかるが、微力ながら風化させないよう努力をしていかななくてはならない。

先日、自宅マンション6階で、エレベーターの扉が開いたまま停止、事故には至らなかったが、何が原因なのか調査して明らかにすることが安全・安心に繋がる。

今まで、エレベーターは安全だと思っていたが、この事故をキッカケに意識が変わりました。

エレベーターは私たちの生活に直接かかわるもの、その安全は、犯人探しではなく、なぜ事故がおきたのか、なぜ防ぐことができなかったのか、徹底的に調査し事故原因を解明してほしい。

本当に時間ばかりが過ぎるのが悔しい、なにも進まない中での行政の指導をしているとのコメントに憤りを感じる。言うだけの指導ではいつになっても安全にはならない。

私たちは生活の中で、様々なメーカーのエレベーターを利用している。一社のメーカーだけの安全神話で満足されては迷惑です。全てのエレベーターの安全が均等でないと困ります。そのためには、エレベーター業界・独立保守業会が丸となり協力し、エレベーター利用者の安全が第一となるよう早急になっていただきたい。

そのためには利用者の安全のために、行政がリーダーシップをとっていただきたい。

事故から7年、今、スタートラインの時

片岡紀子

あの日、そろそろ就寝しようと考えていた時に、息子の携帯電話に事故の連絡があった。あわててテレビのニュースを見ると、それが事実であることを伝えていた。

最近、被害者を搬送する時は、青いビニールシートで囲いをしているが、想定外であったのか、覆いと呼べるものが何もなかった。ストレッチャーの上に仰向けに寝かされ、白い布をかけられた状態で、無防備にテレビカメラの前を通り抜けて行った。逆八の字に開いたまま動かない大きな両足の靴底と、救急隊員の非常に悲しそうで、残念そうな横顔に「あー、間違いではなかった・・・」ということを感じ知らされた瞬間であった。

あれから7年、時は流れた。世の中に何か変化があったのであろうか。

この間、数えきれない事故が発生し、多くの命が奪われた。特に東日本大震災に伴う原子力発電所の事故は、あらためて、「危険をどのように捉え、対策をたて、それを防ぐのか、最悪、防げなかった場合の対応をどうするのか」という点で、すべての根幹に関わる事故であった。また、シンドラ社製エレベーターでは同機種で再び死亡事故が発生した。

「危険があるとは気付かなかった」「機械の不備・故障に気付かなかった」「機械の不備・故障に気付いてはいたが事故に繋がるとは考えられなかった」「事故の確率は非常に低いので考慮する必要はないと考えた」これらの言葉は、被害者側に立てば、ただの言い訳、もっと言えば屁理屈である。しかし、事故を起こそうと思った訳ではないのに、事故が起きてしまったことを追求された一個人側に立てば、このように言うことでしか自分や身の回りの人々を守る方法がないのである。あたかも、シンドラ社製エレベーター事故に関しては、整備を行っていた作業員自身やその家族が、知らないうちに事故に巻き込まれる可能性が「0」ではないし、原子力発電所事故に関しては東京電力及び下請企業の従業員やその家族が被爆する可能性が十分に考えられるにもかかわらず、それらの危険はまるで関係ないとでも考えているかのようである。

このように考えると、不幸にも事故が発生してしまった場合、少なくとも被害者よりも知識も見識もあると思われる加害者側の人々が、日夜自分達の身を守る為の言い訳や屁理屈を考えるのではなく、そのエネルギーや時間をどうにかして再発防止に繋げる方策を構築することが重要であると思われる。

事故に遭遇する可能性は、「明日はわが身」どころか「一秒先はわが身」なのだから・・・

鈴木得美

事故はいかにも危険なところより「安全」と思われるところで起きるものなのかもしれない。安全とはなんだろうか。

「安全神話」に立脚して見事にコケてしまった「原発」。しかし現場の作業員は肌で危険を感じていたに違いない。そしてその事を公には出来なかった。癌で余命を限られた、原発建設当時の現場監督が書き残した生々しい実情がそれを物語っている。

そして安全神話の隙間から漏れ伝わってくる恐ろしい噂は それを信じたくない気持ちが勝って 私は知らないフリをしてきた。

自分とは直接関係ないから というのが本音。 エレベータの事故があった時だって それが全く知らない人が被害者だったら「そんなことってあるのね。運が悪かったのねえ、お気の毒に。」で終わっていたと思う。 われながら自分勝手なものだ。

そもそもエレベータがそんなに危険な乗り物だとは誰も思っていない。 携帯の画面を見ながら乗り降りしたり、台車を押して乗り込むときも 台車の向こうの床に段差があるなんて ましてや床がなかったり いきなり動き出すなんて考えもしないだろう。当然ドアが開いたまま動き出すなんて「想定外」の出来事なのだから。

しかしその「想定外」が起きてしまった 2006年6月3日。

当時の「被害者は自転車にまたがったまま降りようとして」との報道に「自転車に乗っていないければ助かったかも」とか「運動部の子なら運動神経が良いはずなのに」などという声が聞かれたが、どれほど運動神経が良かろうが 想定外の出来事には人は無防備で逃げるところか固まってしまうだろう。 体験した人にしか分からない状況を想像するのはとても難しい。

また 報道がいかに残酷なものであるか そのときまで気付かなかった。

「あれいらいエレベータに乗るときは自転車から降りてるの」
悪気の無い他人の一言が突き刺さる。

まるで事故にあったのは被害者の自己責任と言われているように感じる。

そして事故当時 シンドラー社の社長が大きな花束を持って、遺族に謝罪に訪れたが会ってもらえなかったことを述べていたニュースを見たが、実はそのことを遺族は人づてに聞いて初めて知ったのだという。

これでは企業側は 本来 被害者遺族に向かって見せなければいけない誠意を、マスコミを通して一般大衆にアピールしたにすぎない。 はたしてそれを謝罪に訪れたと言うのだろうか？ 単なるパフォーマンスではないのか。

企業側はきちんと誠意を見せているのに遺族側がそれをはねつける。そういった絵を見せることで、企業側は加害者の立場から少しでも遠ざかろうとしているように見える。

エレベータ事故は一度に多くの被害者が出るものではないが 報道されないだけで、例えば保守点検業務に携わる作業員が巻き込まれる事故は 意外と頻繁にあることに驚く。現場の作業員は、立場上 労災扱いで泣寝入り なんてこともあるかもしれない。公にされていない事故がもっとあるのかもしれない。

原発作業員との危険度は、規模こそ違うかもしれないが 保守点検作業員は、エレベータの 本当の危険性を感じているのでは と思ってしまう。 もっともエレベータの場合、無意識に 誰もが安全だと思い込んでいる乗り物なだけに余計に厄介なのかもしれない。

二重ブレーキをつけるにも 安全増しにはコストがかかる。

心配なのは古い機種なのに それらは「既存不適格不訴求」などという、中国語かと思うような漢字の羅列で言い訳され、見事に置き去りにされてしまった。

経済の発展のために命が軽視される、そんな世の中になってほしくはないのだが、さて現実はどうなのだろうか。

事故から七年 刑事裁判もようやく始まった。 古い記憶を掘り起こしながらの作業。なぜもっと早くできなかったのか。 皆の記憶が薄れるのを待っていたのか。 なぜ？なぜ？ 考えるときりがない。 私達が発する「なぜ？」に 解が出ますように。一日も早く。

ちなみに裁判というものは、組織には罪を問えない 罪を問うのは個人に対してだという。

この事故も 個人の落ち度で争っているのか、だとすれば尚のこと事故の背景要因（隠れている面も含めて）が明らかになることを願っている。

エレベーターが名実ともに 安心安全な乗り物になるために。

松林桃子

平成 18 年 6 月 3 日、ニュースを見ていて、「まさか、うそでしょ」と驚いた痛ましい事故から 7 年。

それまで何気なく乗っていたエレベーター。

安全で当たり前だと思っていたのに、起きてはならない事故。

事故後エレベーターに対する不信感から乗るのが怖くなった。

でも、時とともに少しずつエレベーターに対する恐怖心が薄れてきたと思っていた時に、金沢で同じ機種、同じ製造年のエレベーターでの事故。防げたはずでは？なぜ再び起きてしまったのか？まだ始まったばかりの刑事裁判で押収されていた証拠から事故原因が解明され、しっかりと再発防止対策がなされ、乗る人の安全が守られ、全てのエレベーターが安心して乗れるようになることを願っています。

公判を傍聴して

中村清美

3 月 11 日より始まった刑事訴訟。事故当時に立ちあつた警察官や鑑識の人へのシンドラー側への弁護士の質問が、布を左右どちらの手でとったか、袋へ入れるとき自分で入れたか、誰かが袋を持ったか、その時にいた他の人が写真やビデオを撮っていたか等、同じようなことを人を替え何回も聞くので、証人も次第にいらついているように見えました。きっと検察側の証拠が正しくないと言いたいのでしょう。

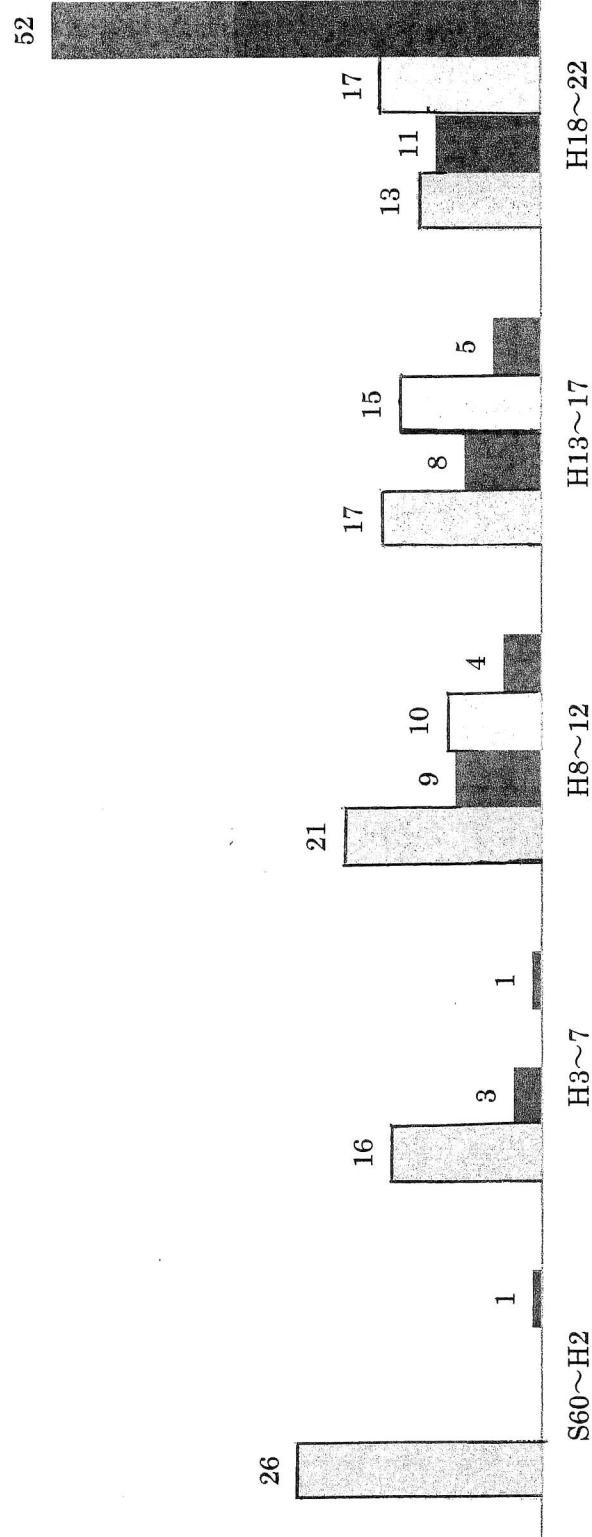
事故から約 7 年、その後もいろいろな事件、事故に立ちあつて証拠集めをしている人にそんな細かいことを覚えているかを争って、こんなねちねちしたやりとりを毎月 3～5 回も続けるのでしょうか。

そんな中で元日本工業大学の森田先生の証言は、とても難しい内容でしたが事故機は取り付けから早いうちに故障につながる原因が起きていたらしいこと、またエレベーターの点検のたびに問題の箇所が悪くなっていたことを証明する内容でした（銅線を取り巻くエポキシ樹脂の小さな傷等）。

森田先生へのシンドラー社側からの質問はこれからですが、今までのようなねちねちした質問で無駄に時間を使わず、先生の証言からさらに事故原因を明らかにしていってほしいと思います。

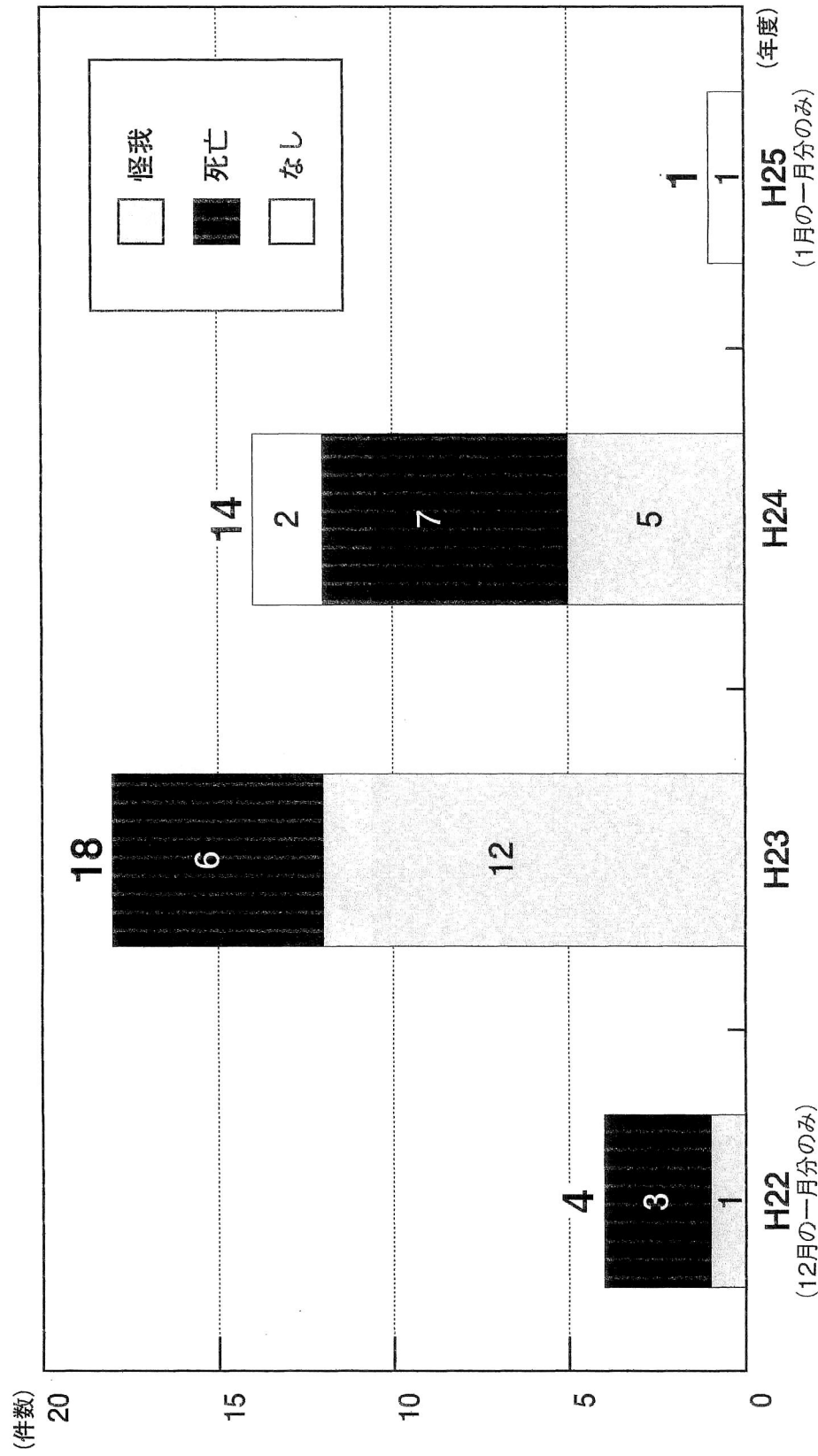
エレベーター事故事例（国内）

□ 死亡 ■ 重傷 □ 軽傷 ■ その他（不具合）



国土交通省提出資料（平成 22 年 3 月、国土技術政策総合研究所の報告書）

エレベーター事故の被害の程度



出典:「特定行政庁より報告を受けた昇降機等事故の概要」(平成22年12月1日～平成25年2月1日)

※特定行政庁等から情報があった昇降機等に関する事故(単純な不具合(エレベーターの閉じ込め等)で人身事故でないもの等は除く)で人身事故でないもの等は除く)であって、社会資本整備審議会昇降機等事故調査部会に報告された事故の概要を掲載(平成25年2月1日までに報告された事故の概要を掲載)

小山台の心の支え 今、この一瞬を大切に全力投球

「永遠」——君を忘れない。市川大輔君が遺した日誌から

06年6月、自宅マンションのエレベーター事故で亡くなった市川大輔君。2年生で唯一のレギュラーだった。体も小さく目立つタイプではなかったものの、堅実なプレーでいつでも全力疾走。会心の当たりをガンガン飛ばすというよりは、ここぞのときに野手と野手の間をすり抜けていく、そんな魂の入った打球を放つ選手だった。

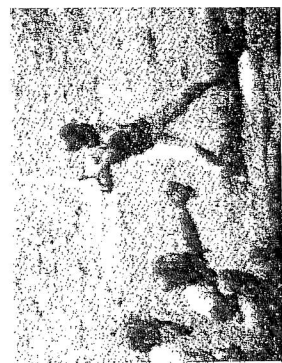
高校野球生活はわずか14カ月。あまりに短く、悲しすぎる。でもこの事故のあと、小山台の選手は「一瞬間を大切に生きよう」「全員が心をひとつにしてプレーしよう」と誓って高校生活を過ごした。それがこの先も風化される

ことなくチームの伝統として引き継がれれば、大輔君もきっと喜んでくれるに違いない。

大輔君の日誌。今天国で、どんな書き方をしているのだろうか。



09年12月に冊子にまとめられた「市川大輔君の記録」



09年12月に冊子にまとめられた「市川大輔君の記録」

▶▶ 1年生

ものだ。誰かがやってくれたらいい。率先してやるべきだった。この気持ちには試合でも大切だと思う。仲間に対し「あいつがいるから大丈夫」とか「あいつならやってくれる」と、いわば信頼することでも確かに重要だ。ただ、自分も信頼されるという意味でも、常に「自分が決めてやる」という気持ちが必要だ。それが土曜日のタイムリーやファインプレーにつながると思う。
(以降省略)

・1月24日(火)

21日、東京では8年ぶりとなる大雪が降った。おかげで21日の練習は中止となった。また、誰もが2カ月を切った春大会までの時間の短さに焦る中、中止はともかくも練習できないのだから、22日には雪に對する対処をしておくべきだった。環境が悪いから、天気が崩れグラウンドが使えないから練習しないのではなく、常に練習できる状況にしておく。自分たちの道は自分たちで開く

▶▶ 1年生

ばつづけ込み、逆に自分たちはスキを見せず、9回まで集中力の切れることがない野球だ。たとえピッチャーで9回を迎えたとしても、逆転できる集中力が出せるチームだと思ふ。自分は言いたくなくて安心し、朝練のあとに出るといふ気持ち、責任感が欠けていた。小山台はただでさえ練習時間が少ない。その中でどれだけの集中力を出すかが大切だと思ふ。練習だけでなく、授業でも集中力を養う。そのことが自分自身の向上にもなるし、小山台の勝利へとつながると思う。
(以降省略)

・2月25日(土)

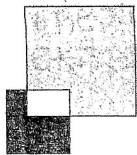
今日はこの日誌を提出し忘れてしまった。家に置いてきてしまったことにまったく気づかず、本当に慌てた。皆さんにも迷惑をかけてしまった、とても申し訳ない。こんなことは二度とないようにしたい。この機会に自分を省みる。そう思う。自分は野球にしても生活にしても、どこかツメが甘い気がする。野球で言えば、二塁を処理する際、捕球までできたのに暴投してしまうというように、集中力不足だ。これは捕球したことで安心し、集中力が欠けてしまったからだと思う。小山台はスキあら

▶▶ 2年生

それが本場の意味での文武両道になつていくと思う。夏の大会前には合唱コンクールがあり、期末テストもある。今回の自分のようにテスト後の練習で調子を取り戻さうとしているのでは、実力の向上は望めない、ダメだと思ふ。夏までもう時間がなくなってきた。いかに自分に厳しくできるかが、1日を生きるのに大切なことだと思う。限られた1日という時間を他人にやさしく、自分に厳しくできるように、そして、その1日が有意義であるように、過ごしていきたい。
(以降省略)

・5月27日

試験も終わり、今日はほぼ2週間ぶりと練習だった。雨でグラウンドが使えないことがとても残念だった。ただ、室内練習にしても、自分は試験前の力を維持しようと思つていたので、シャトルはバットが重く感じられたし、とくに捕球系では自分の体の重さを実感した。日ごろから文武両道として自分のすべきことをこなせていなかったから、試験前に焦り、結果、トレーニングの時間も少ししか取れなくなっていた。これではいけない。与えられた時間はみな同じなのだ。そして、その時間をいかに有意義に使うかだ。そして、



柳田邦男

深呼吸



被害者連帯の新しい潮流

2012.8.20 毎日

8月12日、27年前に520人の犠牲者を出した日本航空ジャンボ機墜落事故の現場である群馬県上野村の御巣鷹山の尾根に、慰霊登山をした。

安全な社会づくりを考えるには、まずは事故や災害の現場に立って、犠牲者やその家族の心情に思いをめぐらすことが大切だ。御巣鷹山は結構深い山で、急な斜面が多い。76歳の身では、時々足を止めて深呼吸しないといけない。早朝から慰霊登山を済ませて下りてくる家族とすれ違うが、なかには若い家族に手を取ってもらいぬくりと下りてくるお年寄りの婦人もいる。聞けば、80歳を過ぎてい

るという。あたら人生半ばで命を奪われた身内の者への思いが、何年経とうが老眼にむち打ってでも現場に御霊に会いに行かねばという決意を促したのであろう。

尾根の昇魂之碑の下左右に、登山した人々がそれぞれの思いを記した短冊をつるす設備がある。たくさんつるされた短冊の言葉を土臺に読んでいくと、この数年、訪れる人々に顕著な変化が生じているのが伝わってくる。

「私は事故の後に生まれた世代です。今年も高橋へスによる痛ましい事故が起きてしまいました。事故の原因を究明し再発防止に努めるのが、残された者の使命です。安らかに眠り下さい」

27年という時の流れの中で、新しい世代が惨事を自分で直接経験したわけではなくても、直視することを怠れずに、懸命に前向きに生きようとしている。その心模様が伝わってきて、私は慰霊の場が存在することの意義をあらためて感じた。

もう一つの新しい現象は、日航機事故の遺族だけではなく、この20年ほどのあいだに起きた各種の事故の被害者や遺族たちが、前夜に行われた麓の川辺での灯籠流しとこの日の慰霊登山に参加したことだ。その事故の範囲は、信濃川鉄道事故、名古屋・中華航空機事故、オーストラリアケールカー火災事故、明石

歩道橋事故、東武鉄道竹ノ塚駅踏切事故、JR西日本福知山線脱線事故、東京都港区のシンドラ「社エ」ベーター事故と多岐にわたっている。

このうち一部の事故の遺族たちは、数年前から参加していたが、これら七つもの異業種の事故の被害者や遺族たちが一緒になって御巣鷹山への慰霊登山をしたのは今年が初めてで、時代の新しい潮流だ。

その特質は、単に被害者が集まるというだけでなく、被害者の存在が社会的に正当な位置づけをされるのを訴えるとともに、安全な社会づくりのための事故原因の構造的な解明を可能にする国の仕組みを求めるために、連帯をしていこうという点にある。

ただ、連帯といっても個別的事柄の絡む補償問題で共闘するといったことは避け、互いに孤立して悲しみにくれるだけという状況に陥らない

よう支えあうことを中心に据えている。日航機事故の遺族たちの会である8・12連絡会が正にそういう会だったからこそ、27年たっても地道な活動を続けられているのであって、同会では「緩やかな連帯」という言葉を使っている。

このような被害者の活動に寄り添う形で、政府の事故調査機関である運輸安全委員会や事故を起こした企業も、この27年、被害者や遺族への対応を大きく変えている。

運輸安全委員会が一般人にはわかりにくいと批判されていた日本航空123便墜落事故調査報告書について、担当官が遺族代表と第三者の専門家を交えて何度も会い、報告書の疑問点について議論を重ね、報告書の主要な論点についてわかりやすい解説版を作るといった異例の対応をした。

さらに運輸安全委員会は、今年度から改革のアクション

プランを決め、調査で明らかになった事実について速やかに開示することや、わかりやすい報告書の作成、被害者・遺族の意見や相談をいつでも受けつける窓口の設置など、積極的な姿勢を示している。

一方、JR西日本は05年の福知山線脱線事故の遺族代表らと事故の背景にあった会社の安全対策の問題点について議論するための課題検討会を、10年夏から11年春にかけて16回にわたって開き、両者の見解を併記した報告書を11年4月にまとめて公表した。

行政や企業がこのような被害者の声に本気で耳を傾けるのを当然の業務と位置づけるようになった時、事故を風化させず教訓を生かす社会創出の真の歩みが始まると言えるだろう。その意味で、東京電力福島第一原発事故の被害者の声や、行政や東電がどうくみ取るかが重要な課題だ。

2012.8.20

やなぎだ・くにお 作家。次回は9月24日に掲載します



日航機墜落現場近くの神流(かんた)川に灯籠を流し、哀悼を寄る遺族ら。群馬県上野村で11日、武市公孝撮影

事故のエレベーター

自動停止装置なし

2012.11.1 東京

設置義務付け 改正法の対象外

シンドラーエレベーター社（東京都江東区）製のエレベーターで、再び犠牲者が出た。三十一日、JR金沢駅に隣接するアパホテルで起きた死亡事故。客室の清掃員だった前多外志子さん（61）＝石川県能美市＝が、エレベーターの床と天井の間に挟まれ、亡くなった。なぜ、事故が起きたのか、防ぐ手だてはなかったのか。（1面参照）

シンドラーエレベーター 都立高二年の市川大輔（21）が、エレベーターの床と天井の間に挟まれて死亡した。事故を受けて建築基準法を改正する。改正法は、エレベーターの床と天井の間に挟まれて死亡する事故を防ぐ手だてを義務付ける。改正法は、エレベーターの床と天井の間に挟まれて死亡する事故を防ぐ手だてを義務付ける。改正法は、エレベーターの床と天井の間に挟まれて死亡する事故を防ぐ手だてを義務付ける。

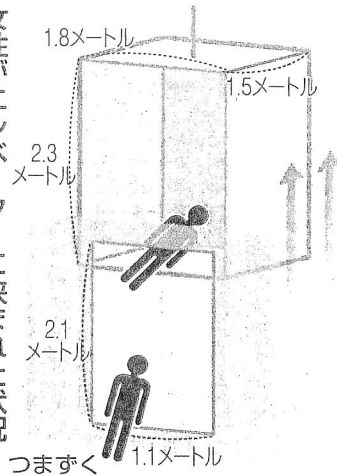
エレベーターに挟まれ死亡

金沢

ホテル清掃員 シンドラー社製

三十一日午後二時五十分ごろ、金沢市広岡志子さん（61）が、上昇中のエレベーターの床と天井の間に挟まれ、死亡した。事故を受けて建築基準法を改正する。改正法は、エレベーターの床と天井の間に挟まれて死亡する事故を防ぐ手だてを義務付ける。改正法は、エレベーターの床と天井の間に挟まれて死亡する事故を防ぐ手だてを義務付ける。

正。自動停止装置を加える再発防止策を取った。しかし、今回事故があったエレベーターは改正前の一九九八年に設置されており、適用対象外で、ホテル側は停止装置を設置してはなかった。市川さんはエレベーターが止まり、開いた扉から出ようとした際、エレベーターが急上昇。エレベーターの床と外枠の上部との間に挟まれた。ブレーキ



女性がエレベーターに挟まれた状況

で扉が開いたエレベーターに乗り込もうとしたところ、急に上昇し、つまずいて転倒。うつぶせで上半身だけエレベーターに入った状態で上昇し続け、床と外枠に胸や腹を挟まれた。ホテルにはエレベーターが四基あり、いずれもシンドラーエレベーター社製。事故があったのは業務用だった。同社製エレベーターでは、二〇〇六年六月に東京都港区内のマンションで同様の事故があり、都立高校二年の男子生徒（16）が頭を挟まれ死亡している。同ホテルの業務用エレベーターは十月十五、十六日の同社の点検で異常はなかった。

従業員用エレベーターで死亡事故が起きた「アパホテル金沢駅前」 31日午後、金沢市で



不良が原因だった。法的に運転を止めるブレーキの取り付けを二〇〇九年から義務付け。エレベーターの制御と

は別に、異常があった場合に停止させる「戸開走行保護装置」で安全を図った。改正前からのエレベーターは適用外で、同省は二年度から既設エレベーターへの保護装置普及のため補助事業をしている。日本法人のフィリップ・ブーエ社長は「亡くなられた方、ご遺族、関係者の方々に心より哀悼の意を表します」と話した。

港区の死亡事故と同型

2012.11.2

東京

金沢のエレベーター

巻き上げ機とブレーキ

金沢市の「アパホテル金沢駅前」で十月三十一日、清掃会社パー ト従業員前多外志子さん(六三)＝石川県能美市＝が、シンドラエレベーター(本社・東京都江東区)製エレベーターに挟まれ死亡した事故の機種と同じだったことが同社への取材で分かった。＝関連＝面が、二〇〇六年に東京

手は「B300」と同じ型番だった。○六年の事故は今回と同様、扉が開いたままかごが上昇した。国土交通省は事故調査報告書で、コンピュータ制御のブレーキが常に半がかりの状態で摩擦が進んだ結果、ブレーキが利かない状態になったため起きたと原因を分析している。県警は一日、金沢東署に捜査本部を設置。業務上過失致死容疑で製造元の同社中部支社名古屋支店と保守点検業者「日本エレベーター工業」(金沢市)を家宅捜索、点検の管理記録などを押収した。現場検証も実施し、国交省の担当者らと事故機を調べたが、外見では目立った異常は見つからなかったという。○六年の事故を受

け、扉が開いたまま動くこと自動的に停止する装置の設置が○九年に義務付けられた。ただ、義務化以前からあるエレベーターは適用外で、今回事故が起きたエレベーター(一九九八年設置)に自動停止装置はなかった。

エレベーター事故

40万基自動停止せず

法改正前 既設機の対策後手

金沢市のホテルで発生したエレベーター死亡事故は、シンドラ社に限らず、安全基準が強化された法改正前の既設機が四十万基も事実上放置されてきたことが背景にある。

(●面参照)

「より安心して泊まっていたくためには

六年、高校生がエレベ

らあるエレベーターは

対策は後手に回ってい

新たな自動停止装置の設置は懸案の一つ。しかし宿泊客に不便を掛けることになり、タイミングが取りにくい」と金沢市内で同様のエレベーターを使用するホテルの担当者は明かす。

「より安心して泊まっていたくためには六年、高校生がエレベ

らあるエレベーターは対策は後手に回ってい

ーターに挟まれ死亡した事故もシンドラ社製。建築基準法が改正され、○九年九月から新設の際には、通常の制御とは別に、扉が開いたまま動くのを防ぐ自動停止装置の設置が義務付けられた。しかし、それ以前からあるエレベーターは対策は後手に回ってい

るのが実情だ。同省の担当者は「エレベーターは大変多い。普及につながる改修策を支援する目的で話すが、これまでに補助が決まっているのは約千基分。四十万基との落差は大きい。同省によると、十年以上前に造られたエレベーターは多くが事故機と同じ、上に機械室があるタイプで自動停止装置を付けるには五百万円を超える場合も少なくないという。ホテルなどの場合、工事に一―二週間かかるこ

とも障害になっっている。一方、シンドラ社によると、同社のエレベーターは全国に五千

で、同社は今回の事故機の類型機八十基を二日までに緊急点検し、このほかの機種すべても順次点検する。

2012.11.2 東京

金沢事故

救助時ブレーキ作動

エレベーター制動力に問題か

2012.11.2 (9月)

金沢市の「アパホテル」十一日、清掃会社パール金沢駅前」で先月三ト従業員の前多外志子

防本部によると、救出時、救助隊が床と天井の間に油圧器具を入れた押し広げたが天井の強度がなく、最終的に保守点検業者が機械室でブレーキを解除し少しづつかごを下げて前多さんの体を出した。一日に捜査本部が現場検証を行った際も、かごはブレーキが作動し停止している状態だった。現場検証では目の状態を確認したがブレーキの摩耗など目立つた異常や損傷は見つからなかったという。事故は、扉が開いた後にかごが上昇し、乗り込もうとした前多さんがつまずいて上半身を

2012.11.2 (夕) 東京

シンドラー製

5500基を点検へ

国 交 省

金沢市のホテルで清掃会社のパート従業員がシンドラーエレベーター製のエレベーターに挟まれ死亡した事故で、国土交通省は二日、事故調査の進展状況を見ながら、全国にある同社製のエレベーター約五千五百基を点検する方針を決めた。羽田雄一郎国交相が記者会見で明らかにした。

国交省によると、点検は自治体を通じて行う予定で、開始時期は未定。シンドラー社は既に、自社製エレベーターの緊急点検を始めている。事故があったエレベーターは、二〇〇九年九月に扉が開いたまま動くのを防ぐ保護装置設置が義務付けられる以前の機種だった。国交省は設置費用を補助する取り組みをしているが、羽田国交相は「さらなる促進策を検討する」と述べた。

さん(み)がシンドラーエレベーター製のエレベーターに挟まれて死亡した事故で、救助時にかごのブレーキが作動している状態だったことが県警金沢東署捜査本部などへの取材で分かった。ブレーキがかかった状態にもかかわらずかごが上昇を続けたことで事故が起きたとみられ、捜査本部はブレーキの制動力や制御プログラムに問題がなかったか調べている。

捜査本部や金沢市消防本部によると、救出時、救助隊が床と天井の間に油圧器具を入れた押し広げたが天井の強度がなく、最終的に保守点検業者が機械室でブレーキを解除し少しづつかごを下げて前多さんの体を出した。一日に捜査本部が現場検証を行った際も、かごはブレーキが作動し停止している状態だった。現場検証では目の状態を確認したがブレーキの摩耗など目立つた異常や損傷は見つからなかったという。事故は、扉が開いた後にかごが上昇し、乗り込もうとした前多さんがつまずいて上半身を

「もつ来てはしくない」

遺族、シンドラー社謝罪に

金沢市の「アパホテル金沢駅前」で清掃会社のパート従業員がシンドラーエレベーター製のエレベーターに挟まれ、死亡した事故で、同社の大月通明代表取締役は二日、亡くなった前多外志子さんの石川県能美市にある自宅を訪問し謝罪した。取材に応じた長男智之さん(三)は「もつ来てほしくない」と涙を流した。

大月代表取締役は、遺族との面会后、記者団に「大事なお母さまを亡くす事態を起こしたこと、謝罪が遅くなったことを誠心誠意おわびした」と話した。遺族は言葉少なで、持

参した花束の受け取りや焼香、葬儀への参列も断られたという。報道陣からエレベーターに問題があったと思つかと質問されると「結果的には事故原因があった」と述べた。前多さんのひつぎは同日午前、自宅に運ばれた。智之さんは「母は殺されたという思いはある。(遺族の前に)ホテルを訪れるなど後回しにされた」と話した。

「かごゆつくり上昇」

2012
11.4

エレベーター

事故目撃の同僚説明

金沢市の「アパホテル金沢駅前」で、清掃会社パート従業員の前多外志子さん(㊦)がシン

ドラエエレベーター社製のエレベーターに挟まれ死亡した事故で、前多さんの同僚女性(㊦)が事故直後、「(かごは)一定速度でゆっくり上がっていった」と、石川県警金沢東署捜査本部に説明していたことが分かった。

捜査本部によると、同僚女性は事故時、ホ

テル四階で前多さんの

すぐ後ろに立ちエレベーターを待っていた。

前多さんは、先に乗り込もうとした際、上昇したかごの床につまずいて転倒。床とエレベーター出入り口の上枠に上半身を挟まれた。

約十分後に救助隊が到着した際、かごはブレーキが作動した状態だった。捜査本部は、制御プログラムに問題があった可能性もあるとみて、事故時の動作

状況を調べる。また、事故機を毎月点検していた「日本エレベーター工業」(金沢市長田)の下村茂治社長(㊦)が三日、本紙の取材に応じ、東京都港区で高校生が死亡した二〇〇六年の事故後、シンドラ社から

ブレーキ点検は目視で行うよう指示を受けていたと説明した。

下村社長によると、以前はブレーキの部品交換も行っていたが、

〇六年の事故後、シンドラ社から「ブレーキの調整は社員がするので触らないでほしい」と指示されたという。下村社長は「業者にやらせて不備が出る

のを恐れたのではないか」と話している。

ブレーキは、建築基準法に基づいて年一回、摩耗状況などを測る法定点検が義務付けられているが、月ごとの点検には規定がない。

2012.11.4 東京

「強い憤り 原因究明を」

通夜で親族

金沢市のエレベーター事故で死亡した清掃会社パート従業員前多外志子さん(㊦)の通夜が三日夜、石川県野々市市の斎場で営まれ、親族ら約二百五十人が別れを惜しんだ。

前多さんの弟の瀬戸正人さん(㊦)野々市市白山町IIによると、前多さんの長男で喪主の智之さん(㊦)は「突然のことで、まだ現実として受け止め切れていない」とあいさつしたという。

瀬戸さんは「悲惨な形で命を奪われ、強い憤りを感じています」とコメントを発表。

「関係企業は一刻も早く事故原因を究明、発

表してほしい」と報道陣に訴えた。

エレベーターを製造したシンドラエレベーター(東京都)の大月通明代表取締役も弔問に訪れたが、参列を断られたという。大月代表取締役は取材に「メーカーとして責任を感じており、心からおわび申し上げる」と述べた。

シンドラ―本社きよう搜索

業過致死容疑 エレベーター事故

金沢市の「アパホテル金沢駅前」で清掃会社のパート従業員がエレベーターに挟まれ死亡した事故で、石川県警は四日、業務上過失致死容疑で五日に製造元のシンドラエレベーター本社（東京都江東区）を家宅搜索する方針を決めた。

県警は一日、同社中部支社名古屋支店（名古屋市中）と、保守点検業者「日本エレベーター工業」（金沢市）を同容疑で家宅搜索しており、事故原因の究明を急ぐ。

県警によると、死亡した前多外志子さん（六三）＝石川県能美市＝は十月三十一日午後にしたため段差につまずき、エレベーターに乗り込もうとした際、扉が開いたまま、かごが上昇分間挟まれた。

06年港区事故

消費者事故調に遺族申し立てへ

東京都港区の同社製エレベーター事故で亡くなった男子高校生の遺族が五日、国の消費者安全調査委員会（消費者事故調）に調査を申し立てる。

港区の事故では、市川大輔さん（当時二〇）が自宅マンションで、扉が開いたまま上昇したエレベーターに挟まれ死亡した。同社東京支社の元保守部長らが業務上過失致死罪で在宅起訴されたが、裁判は始まっていない。

母の正子さん（六〇）は

本紙の取材に「刑事裁判で新しい証拠が示されたら国土交通省に再調査を要請するつもりだったが、金沢市でも同じ会社のエレベーターで事故が起き、待っている間に思っ

た」と話した。

消費者事故調は十月一日に設置されたばかり。弁護士や大学教授ら有識者の委員が、生命や身体にかかわる製品の事故などを調査し、発生防止を提言する。

2012.11.5 東京

シンドラ―本社を捜索

エレベーター事故 点検状況捜査へ

石川県警

2012.11.5(夕)

金沢市の「アパホテル金沢駅前」で清掃会社のパート従業員がエレベーターに挟まれ死亡した事故で、石川県警は五日午前、業務上過失致死容疑で、東京都江東区の製造元のシンドラ―エレベーター本社の家宅捜索をした。

県警は今後、押収資

料を分析しながら、同社や点検業者がどのよう

に点検を行っていたか捜査。専門家の立ち

会の下、ホテルでの現場検証を行うなどし

て、原因究明に努める。

県警によると、捜索

は十数人態勢で実施。

同本社が入る江東区越

中島のビル前に午前九

時二十分ごろ、金沢ナ

ンバーのワンボックス

カー三台が到着。スー

ツ姿の捜査員らが硬い

表情で足早にビルに入

った。

県警は一日、同社中

部支社名古屋支店(名

古屋市)と、保守点検

業者「日本エレベ―

ー工業」(金沢市)を

同容疑で家宅捜索。国

土交通省は全国にある

シンドラ―社製エレベ

ーター約五千五百基を

点検している。

事故があったエレベ

ーターは二〇〇九年に

安全基準が強化される

より前の機種で、扉が

開いたまま動きだした

際に自動停止する安全

装置がついていなかっ

た。

県警によると、死亡

した前多外志子さん(六三)石川県能美市。き、かこの床と扉上部の枠に胴体を挟まれエレベーターに乗り



シンドラ―エレベーター本社の家宅捜索に入る石川県警の捜査員。5日、東京都江東区で

2012.11.5 (夕) 東京

06年港区エレベーター事故

遺族が調査申し立て

「教訓生きず」

金沢市のシンドラ
エレベーター社製エレベ
ーターによる死亡事故
を受け、二〇〇六年に
東京都港区で起きた同
社製エレベーターの事
故で当時高校生の長男
を亡くした市川正子さ
ん(六〇)が五日、消費者
安全調査委員会(消費
者事故調)に調査を申
し立てた。

「大きなショックを
受けた。教訓が生かさ
れず悔しい」。消費者
事故調の職員に申立書
を手渡した後、記者会
見した市川さんは事故
を繰り返した同社への
憤りをあらわにした。

港区の事故では、市
川さんの長男大輔さん
が当時二〇歳で自宅マ
ーターに挟まれ死亡。



記者会見するシンドラ社製エレベーター事故被害者
遺族の市川正子さん(五日午後、東京都千代田区で)

同社東京支社の元保守
部長らが業務上過失致
死罪で在宅起訴された
が、公判前整理手続き
に時間がかかり裁判は
まだ始まっていない。

市川さんは当初、捜
査資料が明らかになる
裁判の開始を待って申
し立てる予定だった
が、今回の事故を受け
て前倒した。「同じ
会社による同じような
事故なので、早く調査
してほしいと踏み切っ
た。被害者や遺族に向
き合う調査機関であっ
てほしい」と話し、早急
な原因究明を求めた。
消費者事故調は十月
一日に設置された。五
日現在、市川さんを含
めて二十六件の申し立
てがある。

2012.11.6 東京

ブレーキパッド摩耗

シンドラ―事故原因の可能性

金沢市の「アパホテル金沢駅前」で昨年10月、シンドラ―エレベーター製のエレベーターに女性清掃員が挟まれ死亡した事故は、誤ってブレーキが強く掛かりすぎる設定にしていたためブレーキパッドが摩耗したのが原因だ

った可能性の高いことが29日、国土交通省関係者への取材で分かった。国交省は2月中旬にも、こうした内容を盛り込んだ事故調査の中間報告を公表する。

事故は昨年10月31日、石川県能美市のパ―ト従業員、前多外志

子さん（当時63歳）がエレベーターに乗り込もうとした際、扉が開いた状態でかごが上昇したため段差につまずき、そのまま上昇したかごの床と扉上部の枠に挟まれ死亡した。

2013.1.30 毎日

シンドラ―社元幹部ら2人

来月11日に初公判

東京都港区のマンションで平成18年、都立高2年の市川大輔さん（当時16）がエレベーターに挟まれ死亡した事故で、東京地裁（吉村典晃裁判長）は6日、業務上過失致死罪で在宅起訴された製造元の「シンドラ―エレベーター」の元幹部ら2人の初公判を3月11日に開くことを決めた。

事故からは既に約6年8カ月が経過。起訴後に争点や証拠を絞り込む公判前整理手続きに3年以上かかっていた。

2人はシンドラ―社の元東京支社保守部長、上笹貫斎被告（61）と、保守点検の責任者だった原田隆一被告（44）。起訴状によると、同社は10年4月～17年3月まで保守点検を担当。16年11月にブレーキ構成部品の異常に気付いたが再発防止措置を取らなかった、としている。

高2エレベーター圧死から6年8カ月

2013.2.7 毎日

「ブレーキ摩耗、制御不能」

金沢エレベーター事故中間報告

金沢市の「アパホテル金沢駅前」で昨年10月、清掃会社の女性従業員がシンドラエレベーター製エレベーターに挟まれて死亡した事故で、国土交通省昇降機等事故調査部会は8日、十分な点検で、ブレーキパッドが摩耗して制御不能に陥ったなどとする中間報告をまとめた。

ブレーキパッドは、かごを昇降させる巻き上げ機のドラムを挟み、エレベーターを完全に停止状態にさせる働きがある。

調査部会によると、事故機は点検の際に適切な調整が行われておらず、パッドが強く締め付けられている状態。

このため十分にブレーキが開かないまま運転が続き、パッドが摩耗してドラムとの間にすき間が生じ、ブレーキの力が失われたという。

制御不能を招きやすい構造だったことも判明。また、エレベーターにはパッドの摩耗を知らせるセンサーが付いていたが、制御装置に直結しておらず、当時は働かない状態にしていたと同社は説明しているという。

同社製の緊急点検の結果では、事故機と同型機の84

台のうち6台で、基本構造が同じ473台では4台で同様に強く締め付けられている状態が確認された。

調査部会は、安全に運転させるためには、系統の異なる補助ブレーキの設置や定期点検の頻度を上げるなどの改善が必要としている。

ブレーキ部品規格外

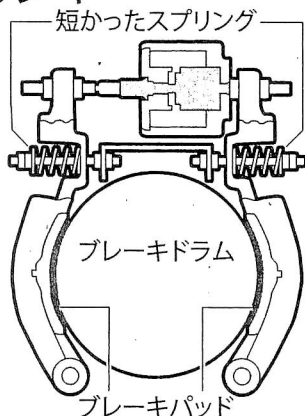
シンドラ事故 保守管理に不備

国が中間報告

金沢市のホテルで昨年10月、清掃会社の女性従業員がシンドラエレベーター製のエレベーターに挟まれ死亡した事故で、国土交通省の事故調査部会は8日、ブレーキの部品が規格外だったため、ブレーキパッドが大きく摩耗したことが事故原因とする中間報告をまとめた。パッドの摩耗を知らせるセンサーも機能しておらず、報告は保守管理上の不備を指摘した。

中間報告によると、事故機のかごを巻き上げる装置(巻き上げ機)のブレーキは力を調節

事故が起きたエレベーターのブレーキ



※国土交通省の資料より作成

するスプリングの長さが65ミリしかなく69ミリの規格より短かった。このためブレーキが強くかかり、ブレーキパッドが激しく摩耗。摩擦熱で膨張したブレーキドラムが冷えて縮むとパッドとの間に0.5ミリの隙間ができて、ブレーキが利かなくなっていた。

ブレーキパッドは昨年2月の定期検査時、右側が6ミリ、左は6.9ミリあったが、事故後は測るとそれぞれ5ミリと6ミリだった。本来稼働するはずのセンサーは緊急停止装置を動かす安全回路に接続されていなかった。

中間報告は、スプリングが規格外だった理由やセンサーが接続されていなかった経緯には触れていない。

19台に異常

また、国交省は、巻き上げ機の基本構造が事故機と同じ全国の473台を点検した結果、19台に異常が見つかったと発表した。大阪6台▽東京5台▽茨城、愛知各2台▽宮城、栃木、兵庫、福岡各1台。ブレーキが強くかかり過ぎるなどの異常で、いずれも改修済みか改修中という。

事故は昨年10月31日に発生。清掃会社従業員の前多外志子さん(当時63歳)がエレベーターに乗り込もうとした際、扉が開いたま

ま上昇したかごの床とドア外枠の上部に挟まれて死亡した。

【樋岡徹也】

遺族「真相確かめたい」

東京都港区の区民向け集合住宅で06年6月、都立高2年だった市川大輔さん（当時16歳）がエレベーターに挟まれ死亡した事故で、業務上過失致死罪に問われたシンドラーエレベーターの元幹部ら2人の初公判が11日、東京地裁で開かれる。事故から約6年9カ月を経て始まる公判に、被害者参加人として臨む母正子さん（60）は「時間はかかったが、真相は何だったのかを確かめたい」と話す。

【和田武士、写真も】

シンドラー事故11日初公判

昨年10月、金沢市のホテルで清掃従業員がシン
ドラー社製エレベーター
に挟まれ死亡する事故が
起きた。正子さんは独立
した調査機関設置や原因
究明を求めて46万人超の
署名を集めるなどの活動
を続けてきた。新たに設
置された消費者安全調査
委員会（消費者事故調）
は同11月、大輔さんの事

証人40人超出廷 6年9カ月経て

故を調査対象とした。正子さんは「メーカーも行政も何も変わっていない」と憤る。シンドラー社からの謝罪は今もない。08年12月、同社や保守管理会社など5者を相手に民事訴訟を起こしたが被告同士で主張も対立、「責任のなすりあい」に見えた。09年に始まった刑事裁判の公判前整理手続きが長引き、民事の審理はストップしている。関係者によると、検察側は同手続きの中で、捜査段階で実施したブレーキ部分の鑑定を「部品の

状態に誤りがあった」として何度か鑑定を繰り返した。それを踏まえ、改めて「04年11月の点検時にブレーキパッドが極端に摩耗していたのに元幹部らは見落とした」と主張したが、弁護側も独自に鑑定を行い、「点検時には極端な摩耗はなかった」と反論。専門家ら40人超の証人が出廷する予定で、長期化しそうだ。



階段を使って12階の自宅に向かう市川正子さん。事故後は外出先でもエレベーターを使うことはなくなった＝東京都港区で

事故の概要

06年6月3日、エレベーターに乗った市川大輔さんが自宅のある12階で降りようとした際、扉が開いたままかごが上昇、体を挟まれ死亡した。事故機はブレーキパッドを制御するコイルの抵抗値がほぼ半減し、ブレーキがかかった状態での運転が続いてパッドが極端に摩耗していた。起訴状によると、元シンドラー社東京支社保守部長の上笹貫斎（かみささぬき・ひとし）被告（61）と保守点検業務の責任者だった原田隆一被告（44）は04年11月、ブレーキが原因のトラブルが起きた事故機を点検した際、将来の事故の可能性を認識できなかったのに再発防止対策を怠るなどしたとされる。06年4月に保守点検業務を引き継いだ「エス・イー・シーエレベーター」の社長ら3人も起訴された。

今年2月。正子さんは大輔さんの同級生と再会した。大学卒業後に教師になっており、「背広姿がまぶしかった」。教師を目指していた息子の夢が実現したようで、うれ

しかったが、時の流れも感じた。正子さんは「判決で刑事責任が認められれば、エレベーターの安全対策向上への契機になると信じている」と力を込める。

2013.3.8（夕） 毎日

シンドラ一事故

「本当に……ようやく」

6年9カ月11日に初公判

東京都港区のマンション

で平成18年、都立高2年の市川大輔さん（当時16）がエレベーターに体を挟まれ死亡した事故で、業務上過失致死罪に問われた製造元の「シンドラーエレベーター」元幹部ら2人の公判が11日、東京地裁で始まる。事故から6年9カ月を経てようやく始まる裁判に、遺族は原因究明への期待を寄

せている。

あの日から、エレベーターは利用していない。母、正子さん(60)は現在も生活する現場マンション12階の自宅から階段を上り下りし、通勤する毎日だ。事故関連資料をぎつしりと詰め持ち歩くリュックの肩ひもはちぎれ、すでに2度買い替えた。

「本当に……ようかいや」

っ、という気持ちです」。

裁判開始を心待ちにしてきたのは、現在も事故の原因が特定されていないため



東京都港区のエレベーター圧死事故 東京

 都港区の区民向けマンション「シティハイツ竹芝」で平成18年6月、シンドラーエレベーター社製のエレベーターの扉が開いたままかごが上昇。都立高2年、市川大輔さん（当時16）が体を挟まれ、死亡した。東京地検は21年7月、業務上過失致死罪で同社幹部や保守会社の社長ら計5人を在宅起訴。消費者庁創設など、消費者行政に影響を与えた。

だ。警視庁が押収した証拠の多くは公開されず、21年9月に国土交通省の事故調査委が公表した報告書も、事故機の設計上の問題点を指摘するにとどまった。消費者庁で昨年10月に創設された消費者事故調の調査も緒に就いたばかりだ。

早期の公判開始を待ち望んだが、公判前整理手続き

も緒に就いたばかりだ。

早期の公判開始を待ち望んだが、公判前整理手続き

「息子の事故教訓に」

シンドラー初公判、母会見

東京都港区で二〇〇た。事故から約六年九

六年に起きたエレベーター事故で亡くなった都立高二年市川大輔さん。当時(㊦)の母正子さん(㊦)が十一日、

ンに立てた。なぜ命を奪われたのか、証拠と事実関係から責任を明らかにしてほしい」と期待を寄せた。

訓練に、エレベーター全体の安全につなげてほしい」と語った。

裁判に被害者参加し十分だと訴え続けてきている正子さん。「今た中、金沢市でも事故

日は息子と共に来ました。会見では大輔さんはつながっていない」と強調した。

は事故機の損傷状況をめぐり検察・弁護双方の主張が激しく対立。弁護側の指摘を受け検察側が鑑定書を撤回、再鑑定を行うなどし、証拠の絞り込みや争点整理が長期化する事態を招いた。

起訴から3年以上が経過する中、昨年10月には金沢市で再び同型機種による死

亡事故が発生。正子さんは「個人の責任追及も重要だが、裁判で証拠が開示されれば原因究明と再発防止に向けた調査も進められる」と強調する。

被害者参加制度を利用し、公判では意見陳述も行う予定だ。正子さんは「自

動車よりも身近な乗り物なのに、メーカーや安全対策を選んで乗ることはできない。1人の事故ではなく、消費者全体の安全に関わることを訴えたい」と語気を強め、「11日が再発防止のスタートライン」と今後を見据えている。

シンドラー側無罪主張

エレベーター死亡事故「点検時、正常」

東京地裁初公判

東京都港区の区民向け集合住宅で06年、都立高2年だった市川大輔さん(当時16歳)がエレベーターに挟まれ死亡した事故で、業務上過失致死罪に問われた元シンドラーエレベーター東京支社保守部長の上笹貫斎(61)、保守点検業務の責任者だった原田隆一(44)両被告の初公判が11日、東京地裁(吉村典晃裁判長)であった。両被告は起訴内容を否認し「点検時にはエレベーターもブレーキも正常で、過失はない」と無罪を主張した。

市川さんは自宅のある12階でエレベーターを降りようとした際、扉が開いたままかごが上昇、かごの床と乗降口の外枠に挟まれ死亡した。事故機は運転時にもブレーキがかかった状態

で、部品(パッド)が異常摩耗していた。検察側は冒頭陳述で、この事故機が04年11月に停止階と約1・5メートル止まる故障を起こしていた点に触れ、「両被告はこの際の点検で異常摩耗を認識したのに徹底調査や部品交換を怠った」と指摘。弁護側は、初公

判まで約6年9カ月を要した一因となった公判前整理手続きでの検察側鑑定を「起訴の根拠となった鑑定に誤りがあったのに、さらに鑑定を繰り返し主張を変遷させた」と批判し、冒頭陳述で「04年11月時点で異常摩耗はなかった」と反論した。【和田武士、山本将克】

○エレベーター事故、シンドラー側無罪主張

東京都港区のマンションで平成18年、都立高2年の市川大輔さん(当時16)がエレベーターに挟まれ死亡した事故で、業務上過失致死罪に問われた製造元「シンドラーエレベーター」の元東京支社保守部長、上笹貫斎(61)ら2被告の初公判が11日、東京地裁(吉村典晃裁判長)であり、両被告は「過失はなかった」と起訴内容を否認、無罪を主張した。

「やっとスタートライン」

シンドラー初公判 遺族「原因究明を」

東京都港区の集合住宅で06年、都立高2年だった市川大輔さん(当時16歳)がエレベーターに挟まれ死亡した事故の初公判があった11日、被害者参加人として出廷した母正子さんが、遺族「原因究明を」

部らの「過失はない」との無罪主張に厳しい表情で耳を傾けた。会見では「生活に身近なエレベーターでどうして命を奪われなければならないか。何が原因なのか。何が原因なのか。裁判で明らかにしてほしい」と強調。「息子の事故を教訓としても、訴えたい」と訴えた。【和田武士】

エレベーター死亡事故

金沢市のホテルで昨年十月、清掃会社パート従業員前多外志子さん（当時26歳）がシンドラールエレベーター（東京都江東区）製の業務用エレベーターに挟まれ死亡した事故で、前多さんの長男智之さん（26歳）＝金沢市＝は、かつて東京都港区の同社製エレベーターで起きた死亡事故の遺族から手紙を受け取った。電話を通じて交流が始まり、やりきれない思いを共有している。

智之さんは今年二月、二〇〇六年に港区のマンションで起きたエレベーター事故で長男大輔さん（当時2歳）を失った市川正子さんから、初めて手紙を受け取った。

「母親を亡くされた気持ちお察します」。同じ被害者として智之さんの体を

東京 遺族の交流 心の支えに 金沢

心配する言葉や、事故後に市川さんが取り組んだ活動がつづられていた。市川さんの気遣いに、感謝の言葉を書いて返信した。

「市川さんの存在は心強かった」。先が見えない不安を感じていた智之さんはこれ以降、電話でやりとりを重ねている。「遺族として手を取り合って活動していきたい」と、今月にも市川さんに会い、東京の事故の裁判を傍聴したい考えだ。

二月の国土交通省の中間報告書は、構造上の問題や人的ミスが事故原因と指摘。三月にシンドラール社の幹部が自宅を訪れた際、智之さんが問いたのだと「マニュアルの翻訳が遅れた」などと頭を下げたが、許す気持ちにはなれない。

市川さんとの交流が心の支えになっているという。

（沢井秀之）

2013.5.2（夕） 東京

金沢エレベーター事故半年

東京の遺族と交流

金沢市のホテルで昨年10月31日、シンドラー社製のエレベーターに清掃員の女性が挟まれて死亡した事故から半年がたった。同社製のエレベーターを巡っては、2006年にも東京都内の集合住宅で男子高校生が挟まれて亡くなる事故があった。2つの事故の遺族は今年に入って手紙や電話で交流を始め、互いに再発防止への思いを強めている。
(麻生慎士)



「原因究明を」思いは一つ

金沢市のエレベーター事故。原因が解明されていけば事故は防げたかもしれない。被害者として気持ちを共有していることを伝えたい」との思いでペンをとったという。

事故から半年たっても、前多さんは自宅に外志子さんの仏壇をまだ置いていない。「形式ばった仏壇より、身近に感じられる」と思い、テーブルに遺影と花を置き、朝と晩に手を合わせるのを日課にしている。

前多さんは市川さんとの交流について、「事故が2度とないよう訴えるには遺族にしかできないことがあると思う。市川さんと一緒に何ができるか考えていきたい」と話す。

市川さんも「国は機械だけでなく、組織的、人的要因まで踏み込んで調査をすべき。前多さんと一緒に頑張り、原因究明を絶対に曖昧にはさせない」とする。

大輔さんが亡くなった事故ではシンドラー社の元幹部2人が業務上過失致死罪に問われ、東京地裁で裁判が行われている。前多さんは5月にも裁判の傍聴に訪れるつもりだという。



金沢の事故で亡くなった前多外志子さん

「事故原因を曖昧にはさせない」と話す市川正子さん（26日、東京都千代田区で）

金沢市のエレベーター事故 12年10月31日、金沢市広岡のホテルの4階でシンドラー社製の業務用エレベーターの扉が開いたまま上昇し、清掃員の前多外志子さんが床と上部の枠に挟まれて死亡。国土交通省は今年2月、エレベーターの構造と保守・点検の問題が重なり、事故が起きたと指摘。県警は業務上過失致死容疑も視野に、同社などから事情を聴いている。

事故機分解着手 県警 詳細鑑定へ

県警金沢東署捜査本部は30日、事故を起こしたエレベーターの分解に着手した。原因解明に向けて詳細な鑑定を行い、年度内にも業務上過失致死容疑での立件の可否を判断をする。

捜査本部によると、同日午前、捜査員とシンドラー社らが事故機の巻き上げ機やかごの分解を始めた。5月1日にも県警の施設に運び出す。

県警は、異常の有無を調べるため、事故機の稼働実験を3月まで80日間行い、データを収集。分析が進み次第、シンドラー社や保守点検業者の聴取に入るとみられる。

2013.5.19 読売

編集後記

お知らせ

みなさま、変わらぬご支援ご協力、いつもありがとうございます。

いままで、共に訴えてきた市川和民が、病のために倒れ 4 月 15 日に永眠いたしました。支援をいただいていた皆様への深い感謝の思いをしっかりと伝えられなかったこと悔やんでもいました。

息子へのやり残した、無念の思い悔しさをしっかりと胸に、これからも訴え続けていきます。今後ともご支援・ご協力よろしくお願いします。

エレベーター被害者遺族

市川 正子

いろいろなことのあった 1 年でした。何よりも残念だったのは、市川大輔さん（いっちゃん）のお父様の和民さんが亡くなられたことでした。エレベーター事故の原因究明、責任追及と謝罪を勝ちとるための道のりの半ばで、どんなに無念だったことでしょうか。

この 3 月 11 日、ようやく待ちわびた刑事裁判が始まりました。8 月までに下記のように 12 回が予定されています。お時間のあるときは、ぜひ傍聴にお出ください。2009 年に開始した民事裁判は、刑事裁判の開始によって検察から証拠が出てくるのを待つ、現在は、ほぼ休んでいます。刑事裁判の進展によって、そちらも動きがあると思います。

今回はいろいろな方々に執筆をお願いすることができました。本当にありがとうございました。

朝倉 泰子

刑事裁判の今後の日程

6 月 12 日（水）10:00～	7 月 9 日（火）13:30～
6 月 13 日（木）10:00～	7 月 22 日（月）10:00～
6 月 14 日（金）10:00～	7 月 24 日（水）10:00～
6 月 18 日（火）13:30～	8 月 6 日（火）10:00～
7 月 3 日（水）10:00～	8 月 7 日（水）10:00～
7 月 5 日（金）10:00～	8 月 8 日（木）10:00～

東京地方裁判所、815 法廷です。（地下鉄・霞ヶ関下車）

裁判の開始時間に変更になる場合がありますので、HP でお確かめ下さい。

新しい HP ができました。

URL <http://akatonbo-6ten3.org>

